TRATTATO CLINICO PRATICO

DELLE

MALATTIE MENTALI

TRATTATO CLINICO PRATICO

DELLE

MALATTIE MENTALI

AD USO DEI MEDICI E DEGLI STUDENTI

DEL

DOTT. R. v. KRAFFT-EBING

PROFESSORE DI PSICHIATRIA NELL'UNIVERSITÀ DI GRAZ

TRADUZIONE

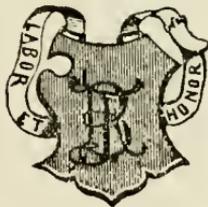
SULLA SECONDA EDIZIONE TEDESCA

DEI DOTTORI

SILVIO TONNINI E GIUSEPPE AMADEI

VOLUME SECONDO

PATOLOGIA E TERAPIA SPECIALE

LABOR ET HONOR

ROMA TORINO FIRENZE

FRATELLI BOCCA LIBRAI DI S. M.

1886

INTRODUZIONE

Classificazione delle psicosi

Forme della pazzia (1).

La base fondamentale di una patologia frenologica speciale sta nella distinzione e nell'aggruppamento delle forme individualmente diverse e molteplici di malattia, secondo un punto di vista unitario.

Il bisogno di un'adeguata divisione delle forme morbose mentali si è fatto sentire da molto tempo ed ha condotto a numerosi tentativi di classificazione, nessuno dei quali però riscosse finora una generale ed illimitata approvazione.

Nonostante tutte le difficoltà di un simile tentativo, non vi si può però rinunziare, nell'interesse del progresso della scienza come anche dell'intelligenza fra autore e lettore.

Stando così le cose, si fa questione sopratutto dietro quali punti di vista un simite tentativo debba intraprendersi.

(1) Falret, *Malad. mentales, Introduction*, p. 30, 31; Neumann, *Psychiatrie*, p 175; Morel, *Traité des malad. ment*, p. 249; Berthier, *Annal. méd. psychol.* 1873, Nov.; Kahlbaum, « *Die Gruppirung der psychischen Krankheiten* », Danzig, 1863; lo stesso nella raccolta di comunicazioni cliniche del Volkmann, N. 126; Schüle, *Handb.*, seconda ediz., p. 326; Tiling, *Psychiatr. Centralbl.* 1878, 3 e 4; Meynert, *Allg. Wien. méd. Zeitung.* 1880, 3, 4, 6, 8.

Si dànno in patologia tre elementi fondamentali: uno *anatomico* in base alle alterazioni anatomiche che costituiscono il fondamento della malattia; uno *etiologico*, secondo le cause speciali che la producono; uno *clinico-funzionale*, secondo il modo e il grado speciale con cui le funzioni appaiono alterate dal processo morboso.

Ad una divisione anatomica delle psicosi non può pensarsi. Noi conosciamo assai poco le occorrenze anatomiche di cui i fenomeni della pazzia sono l'espressione, e tanto meno le differenze anatomiche che servono di base ai diversi quadri morbosi; ed anzi le ricerche moderne rivelano reperti sempre più identici per i singoli processi.

Meglio corrisponderebbe il principio di una divisione etiologica, se una forma di pazzia originatasi per certe cause speciali offrisse anche certe speciali singolarità nel dettaglio sintomatico e nel decorso, le quali con sicurezza conchiudessero per un dato momento etiologico. Sventuratamente ciò rimane per ora una ipotesi. Cause specifiche non richiamano quadri morbosi specifici come sarebbe desiderabile per la generale accezione del principio.

La pazzia, tranne pochi casi, è invece l'effetto dell'azione complessiva di una pluralità di cause, la cui valutazione è difficile ed il modo di agire oscuro, la di cui clinica espressione è ambigua e rimane insignificativa in seguito all'azione di molte interferenze.

Conoscendo tutto ciò, si capisce come non siano stati coronati da esito gli sforzi di Morel, Skae, Clouston, Kahlbaum, di arrivare cioè ad una classificazione etiologica delle malattie mentali, quantunque nell'apprezzamento clinico di ogni singolo caso si debba sempre penetrare in modo speciale nella questione etiologica.

Ma quand' anche questa speranza non possa essere realizzata, che cioè date cause, per es. un trauma al capo, una sifilide, un' uteropatia (quand'anche occasionali), per la diversità della patogenesi e della localizzazione, non diano luogo a quadri morbosi speciali per decorso e dettaglio sintomatico, però

è a ricordarsi che certi fattori eminentemente causali, come l'ereditarietà, i rapporti costituzionali, quando anche diano luogo a quadri morbosi diversi, lasciano la loro orma nei sintomi e nel decorso (1).

Supponendo giusta questa opinione, viene in campo in modo giustificato e rispondente a uno scopo il fattore etiologico, almeno per la distinzione di grandi gruppi di pazzia, in quanto che può essere detratta una conclusione riguardo alla base costituzionale di quelle forme, dalla patogenesi, dal decorso, dai sintomi.

Infatti vi è una differenza fondamentale se il disturbo psichico si sviluppa in un cervello ben costituito fin dalla nascita e normalmente funzionante (gagliardo) o se si sviluppa in un cervello ereditariamente inquinato od altrimenti malamente influenzato ed abnormemente funzionante (invalido).

Questo fatto, che fin da Morel fu messo nella sua totale estimazione, e che Schüle ha di recente fatto notare, abbisogna, per le psicosi del cervello capace di sviluppo e sviluppato, di una distinzione possibilmente accurata, a seconda che vi sia la preesistenza o la mancanza dei fattori etiologici efficaci o dei degenerativi.

Per i disturbi che colpiscono gli individui a cervello intatto può valere la denominazione di *psiconeurosi*, per quelli che si sviluppano sul fondo di un cervello inquinato può valere la espressione di *degenerazioni psichiche*. È necessario appena ricordare che questi due grandi gruppi non sono strettamente agli antipodi, ma bensì, come sempre nella vita organica, lasciano osservare un tramite di passaggi. Così può farsi questione se un individuo, normale fino al giorno della psicosi, ma derivante da una discendenza psicopatica, sia da collocarsi nell'uno o nell'altro gruppo.

(1) Hanno un'importanza analoga le condizioni costituzionali nel campo somatico sull'origine e la natura dei processi morbosi. Una pleurite ad es in un tubercoloso, o in uno disposto alla tubercolosi, ha un decorso e un esito diverso (empiema, tubercoli) di quanto avviene in un individuo non disposto alla tubercolosi.

Può finalmente un cervello ben costituito acquisire una costituzione degenerativa per un trauma al capo od altro momento nocivo (ubbriachezza, eccessi sessuali), che imprimerà un carattere degenerativo ad una psicosi che occasionalmente si potesse sviluppare.

Non è del resto il solo momento etiologico che giustifica questa distinzione, ma sono altresì certe singolarità nell'origine, nel decorso, nell'aggrupparsi dei sintomi sui quali si appoggia la diagnosi. Già il Morel ha riconosciuto le particolarità cliniche della pazzia degenerativa, ma le ha esclusivamente attribuite alla degenerazione ereditaria. Quest'ipotesi merita delucidazione, poichè la degenerazione ereditaria è soltanto un lato, d'altronde specialmente importante, della pazzia degenerativa, la quale però può anche trovare la sua origine in degenerazioni acquisite (traumi, malattie cerebrali, anomalie di sviluppo).

I contrassegni distintivi etiologici e clinici fra le psiconeurosi e le degenerazioni psichiche quali io, fin da anni ho adottato ampiamente nella mia clinica per scopi didattici, sono i seguenti:

I.

PSICONEUROSI.

1. Malattie parassitarie, accidentalmente acquisite, in individui le cui funzioni cerebrali erano decorse finora normali e la cui malattia non era prevedibile.

II.

DEGENERAZIONI PSICHICHE.

1. Malattie costituzionali, ossia insite nel complesso della costituzione di individui i quali, fino *ab ovo* o almeno nei primi anni di vita, manifestarono una costituzione neuropsicopatica, il cui sistema nervoso centrale si trovò sempre in uno stato di labile equilibrio funzionale e lasciò osservare una deficienza nelle sue funzioni.

2. Malattie basate sopra disposizioni temporanee (p. es. gravi malattie corporee e cause occasionali concomitanti favorevoli). Non esclusa la disposizione ereditaria, ma esistente soltanto come latente (cervello facilmente alterabile ma fin allora normale nelle sue funzioni).	2. Futili cause occasionali, persino le fasi della vita fisiologica (pubertà, mestruazioni, puerperio, menopausa) sufficenti. Malattia prevalentemente basata sopra disposizioni patologiche per lo più ereditarie, o sulla influenza progressiva di momenti somatici nocivi (traumi al capo, malattie cerebrali ecc.) che colpiscono il cervello per lo più in via di sviluppo. Qui sono frequenti anche le psicosi come ultimo anello di una catena di stati neuropatici sempre più gravi ed intensi (neurastenia, ipocondria, epilessia).
3. Tendenza alla risoluzione della malattia e rarità della recidiva.	3. Lieve tendenza alla guarigione, per lo più soltanto ritorno temporaneo allo stato *quo ante.* Grande tendenza alle recidive ed allo sviluppo di forme morbose sempre più gravi.
4. Poca tendenza alla trasmissione ereditaria e, in questo caso, in forma benigna (psiconeurosi).	4. Grande tendenza alla trasmissione ereditaria sotto forme progressivamente più gravi (degenerazione progressiva ereditaria).
5. Decorso tipico del quadro morboso. La mania è generalmente preceduta da uno stadio melanconico; vengono in scena gli stati secondari come esiti dei primari. Il quadro morboso, anche quando appare come forma stabile, possiede una	5. Possibili qui tutte le forme delle psiconeurosi, ma però decorrenti per lo più come forme organiche gravi. Il decorso non è delimitabile, ma totalmente camaleontico; irregolare alternanza di diversi stati, irrompere di singole serie di sin-

certa durata ed indipendenza. Il decorso complessivo della malattia è limitato per tempo e conduce alla guarigione od alla demenza.	tomi senza motivo. Le forme tipiche hanno una durata effimera e non costituiscono alcun quadro netto, ma una miscela di forme. L'intera malattia è perciò di carattere proteiforme ed inclassificabile secondo i principii fisio-psicologici. Il decorso nel suo complesso appare strascicante, spesso abbraccia tutto il resto della vita; però la psicosi si arresta ad un certo grado del suo sviluppo e non finisce, o molto tardi, in demenza completa.
6. Nessuna tendenza alla periodicità degli accessi e dei sintomi.	6. Grande tendenza alla periodicità, la pazzia periodica è un fenomeno degenerativo.
7. Sanità e malattia nettamente distinte ed opposte.	7. Molteplice, non avvertibile passaggio della disposizione patologica alla malattia reale. Singolare mescolanza di stati di lucidità e di malattia, sia nell'acme della malattia, sia nei periodi di coscienza della stessa.
8. Le azioni dei malati sono generalmente evocate da motivi conosciuti.	8. Gli atti sono frequentemente impulsivi.

La distinzione completa di entrambi questi gruppi, nel cervello sviluppato, non può limitarsi alla sola via etiologica, poichè nelle psiconeurosi il momento eziologico non ha un giuoco prestabilito nel complesso dei sintomi e del decorso; e nelle degenerazioni psichiche il fattore etiologico, stando almeno a quanto si ammette nell'attuale stato della scienza, accorda soltanto all'intero gruppo certi contrassegni clinici, senza che si possa stabilire un ulteriore differenziamento secondo i fattori etiologici della

degenerazione. Ciò vale ad es. per la così detta pazzia ereditaria, dove veramente in certe forme (morale, periodica, per trasformazione di neurosi costituzionali, da idee fisse) il fattore etiologico viene prevalentemente alla luce, quantunque non rappresenti l'unico elemento da studiarsi.

Per una suddistinzione valevole delle psico-neurosi, il criterio clinico-funzionale rimane l'unico possibile. Il modo di aggrupparsi dei sintomi e il decorso non sono, negli stati tipici, regolari e corrispondenti ad un determinato processo morboso in modo tale da potersi annoverare in prima linea per una classificazione.

Riguardo al decorso, si possono distinguere gli stati *primarii di pazzia* da quelli *secondarii* che ne derivano.

Questa divisione ha anche una significazione prognostica, in quanto che la possibilità della guarigione esiste soltanto negli stati primarii.

Fra i disturbi primarii si possono distinguere, a seconda della natura delle funzioni turbate, gli:

a) Stati di difficoltato corso delle funzioni psichiche fino all'arresto, insieme a sentimento doloroso di sè stesso, che può giungere fino al delirio di piccolezza, che è causa poi dell'arresto e della depressione. Partecipazione accessoria delle sfere sensoriali centrali (allucinazioni, illusioni). Tutti i gradi di disturbo della coscienza sono possibili. — *Melanconia.*

b) Stati di facilitato corso delle funzioni psichiche, fino alla dissociazione, insieme a sentimento di sè stesso prevalentemente gaio, fino al delirio di grandezza come motivo delle anomalie del movimento psichico e dell'umore gaio. Accessoria la partecipazione della sfera centrale dei sensi. Possibili tutti i gradi di disturbo di coscienza. — *Mania.*

c) Stati di movimento psichico temporaneamente diminuito e perfino abolito, con mancanza di una disposizione qualsiasi dell'animo. Gravi disturbi di coscienza (stupore). — *Stupidità.*

d) Stati di eccitamento morboso delle funzioni sensorie centrali, con consecutivi, predominanti (allucinatorii) delirii. Le anomalie del tono umorale e dei movimenti non sono sostan-

ziali, ma fenomeni di reazione alle illusioni sensoriali ed al delirio. Considerevole disturbo della coscienza (confusione, Verwirrtheit). — *Delirio sensoriale* (allucinatorio), *Wahnsinn.*

La melanconia e la mania ammettono un'ulteriore distinzione in forme cliniche *lievi* e forme *gravi*, a seconda che esiste un disturbo superficiale o profondo della coscienza e le anomalie nel movimento dei malati sono puramente psichiche o l'espressione di stimoli più o meno forti nei centri psicomotori. Così si hanno per la melanconia, come forma lieve, la *melanconia semplice,* come forma grave la *melanconia con stupore* od *attonita* e corrispondentemente per la mania l'*esaltamento maniaco* e la *mania con furore.*

Se questi stati primari non passano a guarigione, si arriva agli stati così detti secondarii. Questi sono caratterizzati dallo spegnersi degli affetti, dalla caduta della primitiva personalità unitaria e con ciò della connessione logica fra sentimenti, idee, istinti e sopratutto della coordinazione degli atti psichici. Così, fra i più importanti segni di subentrante indebolimento mentale, si hanno la perdita dei sentimenti etici ed estetici, la decadenza delle funzioni intellettuali, massime della logica (stati d'indebolimento psichico). A seconda poi che il meccanismo psichico di singoli gruppi deliranti è ancora ritenuto con qualche connessione ed è ancora in azione, oppure che vi è una generale distruzione, un generale indebolimento delle funzioni psichiche, distingueremo pel primo caso la *paranoia secondaria*, pel secondo la *demenza.*

La demenza può esser suddivisa clinicamente in *agitata* ed *apatica,* a seconda che esistano ancora degli stati d'eccitamento fra i ruderi del meccanismo psichico e che idee confuse e fisse si mescolino al processo, o che esista calma completa e mancanza di reazione.

Se passiamo ora al differenziamento degli stati di degenerazione psichica e tentiamo una divisione analoga a quella della psiconeurosi, tale tentativo apparirà tosto impossibile. Una divisione secondo il decorso trova ostacoli in ciò che molti stati, originalmente anomali e stazionarii, non hanno alcun decorso

prestabilito ed in molti altri il decorso è irregolare, proteiforme, oscuro nelle sue condizioni fondamentali. Soltanto in alcuni casi la ripetizione periodica degli accessi figura tuttavia come fenomeno culminante.

Questi stati si rivelano come processi speciali, come malattie della persona nel più stretto senso della parola, al contrario delle psiconeurosi, e sono malattie sistematiche con sviluppo tipico, con decorso empiricamente netto e stereotipato. Siccome la loro etiologia è in gran parte basata sulle influenze ereditarie, questi stati rispondono prevalentemente ad una classificazione antropologica e si rifiutano completamente ad una basata sopra principii psicologici.

Ma poichè il punto di vista antropologico-etiologico ha soltanto un valore generale per la distinzione di tutto questo gruppo dalle psiconeurosi, così si rivela la necessità di tentare un'altra divisione in base a certi contrassegni negativi speciali (difetti) o positivi del gruppo sintomatico, del decorso, del modo di sviluppo di questi stati morbosi, sempre più o meno individualmente singolari. — Distingueremo così i seguenti tipi:

a) La *pazzia costituzionale affettiva*, contrassegnata dal carattere puramente formale e stabile del quadro morboso, che è essenzialmente affettivo.

b) La *pazzia morale*, contrassegnata da difetto di sentimenti etici e da idee basate sopra tale mancanza.

c) La *paranoia primitiva* (primäre Verrücktheit), caratterizzata dal primitivo insorgere di idee deliranti sistematiche senza fondamento affettivo.

d) La *pazzia* da *neurosi costituzionali* (epilessia, isterismo, ipocondria).

e) La *pazzia periodica*, contrassegnata dal ripetersi periodico di accessi, per contenuto e decorso essenzialmente uguali gli uni agli altri.

Un altro gruppo di disturbi psichici che possono colpire il cervello sviluppato, è a distinguersi clinicamente da quelli discorsi finora, per ciò che il quadro morboso non si limita a sintomi psichici e psico-motori ma, più o meno a questi coordinato,

lascia osservare disturbi funzionali motori, sensitivi e vasomotori. Anatomicamente questo gruppo ha una grande importanza in ciò che in esso si trovano reperti organici più o meno palpabili, che gli servono di base ed interessano prevalentemente il territorio corticale del cervello, le vie ed i centri infracorticali motori, sensitivi, vasomotori.

Queste *malattie cerebrali con sintomi psichici predominanti* figurano come vie di passaggio alle altre malattie cerebrali della patologia speciale, dalle quali soltanto si distinguono praticamente pel predominio dei disturbi psichici. Questi non sono tuttavia disturbi indipendenti come nei gruppi precedenti, ma dipendono dall'intensità ed estensione del processo anatomico. Essi perciò non seguono il tipo dello sviluppo ed il decorso psicologico, ma si manifestano come sintomi di un'affezione mista dell'organo psichico, di un grave processo cerebrale. Poichè questo è per lo più progressivo, così conduce ad un disturbo sempre più crescente ed inguaribile dell'organo psichico (demenza), se prima di ciò la diffusione del processo anatomico al centro vitale non dà luogo all'esito letale.

Come quadri morbosi appartenenti a questo gruppo, con palpabile e più o meno tipico reperto anatomico, abbiamo: a) *la demenza paralitica,* b) *la sifilide cerebrale,* c) *l'alcoolismo cronico,* d) *la demenza senile,* e) *il delirio acuto.*

Di fronte a questi disturbi psichici che colpiscono il cervello sviluppato, sono da collocarsi finalmente quegli stati di deficenza psichica, la cui causa è a rinvenirsi in influenze nocive esercitate sul cervello nella vita fetale o nel periodo dello sviluppo, in seguito alle quali lo sviluppo ulteriore della vita mentale (cervello) sarebbe turbato.

Arresti nello sviluppo psichico.

A secondo che l'influenza causale, locale o costituzionale (rachite) affetta semplicemente l'organo psichico, od anche l'incremento dello scheletro e degli organi vegetativi, questo gruppo è a scindersi nel campo dell'*idiozia* e del *cretinismo.*

Lo schema della classificazione modellata sugli esposti principii di divisione è il seguente:

A) *Malattie psichiche del cervello sviluppato.*

I. — Psiconeurosi.

1. Stati primarii guaribili.

a) Melanconia, ossia stati di arrestato movimento psichico, con affetti depressivi.

1) Melanconia semplice (nessun profondo disturbo della coscienza, l'arresto è prodotto da cause psichiche; forma lieve).

2) Melanconia attonita o con stupore (profondo disturbo della coscienza; l'arresto è prevalentemente organico (tetano, catalessi); forma più grave).

b) Mania, ossia stati caratterizzati da facilitato corso nel movimento psichico, con affetti prevalentemente espansivi.

1) Esaltamento maniaco (nessun profondo disturbo della coscienza; gli atti e i movimenti sono motivati psichicamente; forma leggera).

2) Mania con furore (profondo disturbo della coscienza); la reazione motoria è istintiva, prevalentemente da causa organica, quale è l'irritazione dei centri psicomotori; (forma grave).

c) Stupidità o demenza guaribile, ossia stati di diminuita e persino abolita attività psichica, con mancanza di tono affettivo e con grave disturbo della coscienza (stupore).

d) Delirio sensoriale, ossia stati di attività sensoriale morbosamente eccitata, con disturbo della coscienza (confusione) e anomalie reattive motorie ed affettive.

2. Stati secondari inguaribili.

a) Paranoia secondaria.

b) Demenza terminale.

1) Agitata.

2) Apatica.

II. — Degenerazioni Psichiche.

a) Pazzia costituzionale affettiva *(folie raisonnante)*.

b) Pazzia morale.

c) Paranoia primaria.

1) Con delirio primordiale di compromissione dei proprii interessi (delirio di persecuzione).

2) Con delirio primordiale di elevamento degli stessi (paranoia erotica religiosa).

d) Disturbi mentali per idee fisse.

e) Pazzia derivante da neurosi costituzionali.

1) Epilettica.
2) Isterica.
3) Ipocondriaca.

III. — Malattie Cerebrali con disturbi Psichici predominanti.

a) Demenza paralitica.
b) Lue cerebrale.
c) Alcoolismo cronico.
d) Demenza senile.
e) Delirio acuto.

B) *Arresti nello sviluppo psichico.*

Idiozia e cretinismo.

SEZIONE I

LE PSICONEUROSI

A. — **Stati primari guaribili**

CAPITOLO I

Melanconia (1).

I fenomeni fondamentali nella pazzia melanconica sono la disposizione dolorosa dell'animo, non motivata esternamente od insufficentemente motivata, ed una generale difficoltà dei movimenti psichici, fino all'arresto.

Sull'intimo fondamento e legame di entrambe queste anomalie fondamentali nel meccanismo psichico del melanconico noi possediamo soltanto delle ipotesi.

Mentre dagli uni la depressione dolorosa dell'animo è considerata semplicemente come l'espressione di un disturbo nutritivo dell'organo psichico (neuralgia psichica, analoga alla co-

(1) Wunderlich, *Pathol* 1854, II, *Abth.* I, p. 1337; Falret, *Malad. ment.*, p. 324; Morel, *Traité des malad. ment.* p. 439; Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 28, p. 122; Semelaigne, « Diagnosi e cura della melanconia, nelle memorie *de l'académie de méd.* XXV, 1; Richarz, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 15, p. 28; Billod, *Annal. méd. psychol.* 1856; Pohl, *Die Melancholie*, Praga 1852; De Smeth, *De la mél.* Bruxelles 1873; Meynert, *Die primären Formen des Irreseins, Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilkde* 1871, 44-47; Frese, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 28, p. 487; V. Krafft, *Die Melancholie*, Erlangen 1874; Schüle, *Handb.* p. 407.

mune neuralgia) e da questo come fenomeno successivo si fa derivare l'arresto delle funzioni mentali in senso psicologico, invece una nuova scuola psico-fisica considera l'arresto come fenomeno primario, ed il dolore psichico come secondario e derivante dalla coscienza dell'arresto psichico. Entrambe queste ipotesi sono per lo meno unilaterali. L'ipotesi dell'origine secondaria del dolore non corrisponde all'esperienza. Essa potrebbe essere ammissibile se l'intensità del dolore psichico fosse in rapporto proporzionale a quella dell'arresto, il che non avviene, e se l'arresto precedesse per tempo il dolore psichico, ma anche questo non è. Il primo fenomeno è il dolore psichico, poi solo dopo viene l'arresto, che certamente costituisce una nuova sorgente di dolore psichico.

Fa d'uopo considerare il dolore psichico e l'arresto come fenomeni coordinati gli uni agli altri, nei quali non è esclusa certamente una relazione reciproca. Perciò bisogna pensare ad una causa fondamentale comune, a un disturbo nutritivo del cervello (anemia?) che conduce ad un minor consumo di forza nervosa.

La melanconia si può considerare, secondo un modo comprensivo ed esente da presupposizioni, come uno stato morboso dell'organo psichico basato sopra un disturbo nutritivo, caratterizzato per una parte dal sentimento psichico-doloroso e dal modo di reagire di tutta la coscienza (neuralgia psichica) e per l'altra parte da una difficoltà nella successione dei movimenti psichici (sentimenti, idee, istinti) fino all'arresto degli stessi.

Sintomatologia.

Sintomi psichici. — Il contenuto della coscienza melanconica è il dolore psichico, il malumore, il malessere, come espressione di un disturbo nutritivo dell'organo psichico. Questa disposizione dolorosa non si differenzia per contenuto da quella motivata del sano che è caduto in preda ad un affetto doloroso. La solidarietà delle funzioni psichiche è quella che conduce al

massimo la depressione; l'organo psichico, finchè dura il disturbo morboso causale, non può richiamare altro che disposizioni dolorose. Questo stato di dolore con base organica prova accrescimenti nella via psicologica per mezzo di molteplici disturbi nel meccanismo psichico contemporaneamente esistenti ed in gran parte precedenti la depressione psichica.

Queste sorgenti accessorie di dolore sono fornite dalla appercezione spiacevole del mondo esterno nello specchio della coscienza dolorosamente atteggiata (disestesia psichica), dal sentimento di una forza superiore che il malato avverte nel suo meccanismo psichico, finalmente dalla coscienza dell'arresto inerente a tutte le attività psichiche (corso delle idee, tendenze). Più penosa di ogni altra disposizione, e che si ha nei malati all'acme della malattia, è la mancante accentuazione delle idee e delle percezioni in sentimenti di piacere o di dolore (anestesia psichica). L'effetto complessivo di queste attitudini psichiche dolorose si è la depressione, l'apatia, il malumore. La disestesia psichica produce la riservatezza, la misantropia o il rapporto ostile col mondo esterno; l'anestesia psichica apporta l'indifferenza rispetto a tutto, persino ai rapporti più importanti della vita.

Accanto al disturbo nel contenuto trovasene uno *formale* nella sfera della vita affettiva. Esso si palesa con ciò che, sebbene le idee e le percezioni siano collegate a un sentimento estremamente vivace di dispiacere, tuttavia l'eccitabilità dell'animo è profondamente ottusa.

Nell'acme della malattia si può rilevare che ogni elemento psichico, persino una percezione sensitiva, si accompagna ad affetti dolorosi (iperestesia psichica).

Tali stati di iperestesia psichica precedono e si alternano a quelli di anestesia psichica, analogamente ai fenomeni che si riscontrano nei nervi affetti da neuralgia.

Gli affetti inerenti a questo stato si esternano come noia, pigrizia, persino disperazione, o come affetti di sorpresa (imbarazzo, confusione, costernazione, paura, vergogna), o come affetti aspettativi (ansia, oppressione, timore).

Clinicamente questa eccitabilità morbosa si manifesta come irritabilità, suscettività, cattivo umore, poichè l'iperestesia e l'anestesia si alternano ed offrono differenze quantitative.

Il bisogno di calma psichica del malato si rivela coll'allontanarsi che esso fa dalla società, colla ricerca della solitudine, coll'evitare le impressioni sensoriali e le emozioni.

I disturbi nel contenuto delle idee sono in parte di *forma*, in parte di *contenuto*. I primi consistono in un rallentamento temporaneo nel corso delle idee ed in una difficoltata associazione delle medesime.

La lentezza nell'ideazione è un fenomeno parziale dell'ostacolo generale delle funzioni psichiche, ed è specialmente basato sopra condizioni molecolari alterate della materia nervosa, in parte anche è dipendente dai sentimenti spiacevoli che si collegano ad ogni movimento psichico.

L'arresto nel libero corso delle idee è una sorgente accessoria importante di dolore psichico. Esso si esterna clinicamente con un sentimento di noia, d'isolamento mentale, di diminuita attività mentale (stupidità, smemoratezza, di cui molti malati si lagnano). Certe volte l'arresto perfetto nel corso delle idee chiama in scena gli affetti della disperazione. Il disturbo dell'associazione delle idee è specialmente basato su ciò che alla coscienza sono soltanto possibili idee adeguate a colorito doloroso e così la somma delle idee riproducibili rimane limitata a tale contenuto doloroso. L'arresto e l'associazione turbata sono favorevoli al presentarsi delle idee fisse. Chiamate in campo da eccitamenti morbosi interni ed esterni, per l'impressionabilità e l'iperestesia psichica, le impressioni più vivaci del malato rimangono fissate nella coscienza, in seguito al rallentamento delle idee e all'associazione arrestata e guadagnano forza.

Disturbi formali dell'ideazione trovansi in tutti i melanconici. Essi possono essere gli unici in questo campo (melanconia senza delirio), ma frequentemente si hanno i disturbi nel contenuto delle idee, le idee deliranti.

Nel maggior numero dei casi queste si originano in via psicologica come tentativi di schiarimento degli stati morbosi della coscienza; ma però non sempre l'idea delirante si palesa come il prodotto di un processo mentale logico della coscienza, ma altresì ancora come il semplice risultato divenuto cosciente di processi dell'associazione a sè e per sè incoscienti.

Di rado nella melanconia figurano le idee deliranti da illusioni sensoriali, anche più di rado si tratta di deliri primordiali puri.

Il contenuto delle idee deliranti melanconiche è estremamente molteplice, e si agita fra tutte le varietà degli umani dolori. Siccome quello è sempre condizionato ai contenuti individuali della coscienza, gli è naturale che a seconda della ricchezza individuale della vita psichica, del sesso, dello stato, della costituzione, dell'età ecc., vari indefinitamente benchè però certe apprensioni e paure degli uomini offrano decorso e contenuto analogo a quello del delirio di numerosi melanconici di tutti i popoli e tempi (*Griesinger*).

Il carattere comune a tutte le idee deliranti melanconiche è quello del dolore e, in opposizione a quello analogo della paranoia con delirio di persecuzione, è motivato dai proprii peccati. Frequenti sono le illusioni sensorie, massime nelle gravi forme della melanconia. Esse possono verificarsi in tutti i campi sensoriali, collocare il malato in un mondo totalmente immaginario.

Come le idee deliranti hanno nella melanconia un contenuto ostile e doloroso, anche quello delle allucinazioni è terrifico, ansioso.

Sono specialmente intense e frequenti le illusioni sensoriali sotto gli affetti, massime quelli dolorosi aspettativi.

Dal lato psicomotorio della vita dell'animo, si ha nella melanconia un arresto particolare dei movimenti psichici.

L'aumento penoso del dolore psichico in seguito ad ogni qual siasi movimento nel meccanismo mentale, produce apatia, astensione da ogni lavoro, trascuratezza nei rapporti sociali, tendenza

alla solitudine ed al letto. La mancanza di fiducia in se stesso fa apparire inconseguibile ogni desiderio e cessare ogni aspirazione. Il movimento psichico in sè e per sè arrestato, il difficoltato scambio delle idee per sentimenti dolorosi, la decadenza della attività intellettuale, che è base alle azioni, trovano la loro espressione parlata nel lamento del malato che vorrebbe volere ma non può.

La penosa influenza delle idee concrete che ostacolano la volontà con un sentimento tutto speciale di contrasto e di depressione, la coscienza della mancante attività funzionale, la impotenza mentale e l'idea dell'impossibilità di ogni successo ecc. tengono continuamente il malato oscillante fra il propendere ed il rinunziare e si ha così quella volubilità e sconclusionatezza che caratterizza clinicamente questi malati.

Il carattere fondamentale della melanconia è quello dell'anenergia, della passività. Tuttavia però qui è possibile, episodicamente almeno, una reazione forte e violenta, fino al furore. La ragione di questo fatto risiede negli affetti che temporaneamente superano l'arresto. E così dall'instabilità (melanconia errabunda) si può passare alle azioni impulsive e persino agli atti violenti e al furore. Queste manifestazioni affettive sono prevalentemente l'espressione di uno stato di disperazione; esse risultano dall'aumentarsi del senso doloroso, che talvolta diviene intollerabile, dall'arresto delle attività psichiche (anestesia, iperestesia, anenergia, arresto del pensiero, idee fisse), dalle neuralgie complicanti, specialmente da un senso di malattia corporea, ansia precordiale, disturbi sensoriali terrifici ed idee deliranti.

Assai vicino a queste disposizioni dolorose stanno gli attentati alla propria esistenza. L'analgesia facilita il suicidio. Frequenti pure sono gli atti distruttivi contro le persone e le cose. La disestesia e l'anestesia psichica favoriscono questo stato reattivo.

In modo specialmente violento conduce alle azioni distruttive l'ansia precordiale. La letteratura ha registrato fatti gravissimi in base a questo stato psichico anomalo.

Altri sintomi nervosi. — In tutti i melanconici, nel principio e nell'acme della malattia, il sonno soffre. Questo può

mancare totalmente od è turbato da sogni spaventevoli o da soprassalti continui; oppure i malati, quantunque dormano, sentono di non ricavare quel riposo e quell'energia che dà il sonno dei sani.

Frequente la cefalea, massime negli anemici. Spesso i malati si lagnano di un sentimento penoso di vuoto, di pressione al capo, che è in parte l'espressione di paralgie, in parte rappresenta l'allegorizzazione dell'arresto psichico. Il senso generale è alterato. I malati si sentono stanchi, abbattuti, sfiniti, e questa depressione dell'energia vitale trova la sua espressione classica nel complesso del contegno, nella breve durata e resistenza delle azioni muscolari, nei movimenti tardi, nel parlare sommesso, nella flaccidezza e debolezza della muscolatura. Oltre ai momenti psichici (amor proprio depresso) che qui sono in gioco, questa debolezza di innervazione deriva da sensazioni viscerali turbate, da turbato senso muscolare (difficoltà, addolorabilità) e da contemporanea anemia generale.

Frequenti sono i disturbi sensitivi. Sono più rare le parestesie e le anestesie delle paralgie, iperestesie e neuralgie, che provocano indisposizioni nell'umore, affetti, ecc. e dànno appiglio alle idee deliranti. Nel tempo delle mestruazioni pare che aumentino. Le secrezioni sono diminuite e del pari gli istinti.

Ciò dicasi specialmente riguardo all'alimento, che non di rado è positivamente rifiutato. Fra i motivi di questo rifiuto, oltre alle idee deliranti e ai disturbi sensoriali, trovansi spesso come cause somatiche l'anoressia e la costipazione.

Anche senza la sitofobia la nutrizione è soggetta a deperire. La diminuzione progressiva nel peso e l'anemia sono reperti comuni ed in parte riferibili, nelle psiconeurosi, alla compartecipazione acuta dei centri nervosi trofici.

Un importante disturbo l'offre l'innervazione vasomotoria. Nel maggior numero dei malati le arterie sono contratte e all'ascoltazione dànno un suono metallico; il polso è piccolo.

Come fenomeni successivi, oltre la diminuzione delle secrezioni e del turgore vitale, si ha la pelle arida, distrofica,

freddo alla estremità fino alla stasi venosa ed all'edema. Perciò i malati sembrano molto più vecchi di quello che realmente sono. Il calore è per lo più subnormale, la respirazione superficiale, imperfetta, quand'anche accelerata dall'ansia. La frequenza del polso è variabile, nell'acme degli stati d'eccitamento ansioso considerevolmente aumentata.

La pazzia melanconica si mostra clinicamente sotto due forme tipiche: la melanconia *semplice* e la melanconia *con stupore*, le quali esigono una trattazione separata.

1° *Melanconia semplice.*

I casi più benigni di melanconia sono quelli nei quali i fenomeni d'arresto psichico sono condizionati psichicamente a una disposizione dolorosa della coscienza, e non già organicamente ad ostacolate funzioni nella via nervosa psicomotoria, che possono giungere fino ai disturbi convulsivi dell'innervazione (tetano, catalessi) muscolare.

Oltre a ciò manca nella forma semplice il profondo disturbo della coscienza. L'arresto si estrinseca nella vita affettiva come anestesia sconsolante, nella vita ideativa come penoso ostacolo del processo del pensiero secondo tutte le direzioni, nella volontà come tormentosa incapacità di mandare ad effetto una cosa. La conseguenza necessaria di ciò è un sentimento di sè stesso profondamente abbattuto (Cfr. vol. I, pag. 121).

Poichè la coscienza del malato è sede di una continua sorgente di dolore, gli affetti e le idee sono dolorosi e alludono ad un pericolo incessante pel malato, aumentandone lo stato di tensione, talchè la sua posizione diviene penosissima e il malato si sente incapace di eseguir cosa atta a sollevarsi o liberarsi.

Il fenomeno fondamentale del quadro morboso è la passività, l'arresto tormentoso dei movimenti psichici. La passività del melanconico può crescere fino al temporaneo completo arresto nella sfera psicomotoria. Non soltanto l'azione, ma altresì le parole ed i movimenti divengono sempre più lenti, più difficili, si esternano solo dietro stimoli e bisogni forti e sono altresì

soltanto sentiti, ma non esternati, finchè ogni funzione motoria diviene impossibile (melanconia passiva).

Questi casi, nei quali l'arresto psichico è evidentemente aumentato e complicato da ostacoli organicamente (molecolari) accresciutisi nelle vie della volontà, costituiscono le transizioni verso le forme gravi della melanconia con stupore e tanto più quanto più la coscienza è turbata ed il malato è immerso in uno stato crepuscolare.

Ad eccezione delle forme in cui episodicamente, o per transizione alla melanconia con stupore, si ha un arresto nella vita mentale, la coscienza dei malati nella melanconia semplice non è profondamente turbata, quando anche sia occupata dalle idee dolorose.

Il pensiero è arrestato, limitato, ma le conclusioni ed i giudizi rimangono, all'opposto della melanconia con stupore, in cui trattasi specialmente di un sonnecchiare delirante, come ad es. in un delirio febbrile o tossico, senza una connessione stabile.

Dalla conservata facoltà di formare i processi di conclusione nella melanconia semplice, deriva la possibilità dell' origine delle idee deliranti ed il loro ulteriore legame sistematico e logico.

Il contegno passivo del malato può sempre cambiarsi e passare ad uno di quegli stati in cui esso si trova in preda ad eccitabilità ed attività continue e può dare sfogo allo stato di dolore e di tensione in un modo istintivo e riboccante d'affetti, con lamenti, gesti, incessante aggirarsi qua e là (melanconia errabonda) e persino con azioni nocive. La cagione di questo contegno non può esser cercata, come nella mania, nel facilitato passaggio delle idee a movimenti impulsivi, ma soltanto nell'enorme, invadente forza, capace di vincere ogni arresto, colla quale i motivi al movimento si fanno strada nella coscienza. In sostanza questi stati melanconico-agitati costituiscono soltanto l'acme dell'intero quadro morboso o sono fenomeni episodici nel decorso della (passiva) melanconia.

Nei suoi parossismi, il melanconico che sia caduto in violenta agitazione uguaglia il maniaco con furore, anzi lo può superare nelle azioni distruttive.

Generalmente dai medici non alienisti simili stati di melanconia con reazione motoria sono diagnosticati come manie, sebbene fra queste e lo stato del melanconico vi sia una differenza fondamentale nella condizione della coscienza.

Si può avere anche nella melanconia attiva l'affluenza dei pensieri, ma questa fuga d'idee ha tuttavia un ben altro carattere che non nella mania, come Richarz ha ben fatto rilevare (*Allg. Zeit.* xv, p. 28).

Nonostante tutti gli acceleramenti casuali nel corso delle idee, il delirio della melanconia attiva è ancora molto monotono, puramente doloroso nel suo contenuto, agitantesi nello stretto cerchio degli affetti melanconici, è una costante variazione sullo stesso tema.

La capacità di raccogliere ed associare le idee e le immagini manca, all'opposto di quanto si ha nella mania, in cui l'associazione è enormemente agevolata.

Le idee del melanconico sono soltanto frammenti di idee; non vi ha un'idea completa, ma sempre una catena d'idee che distraggono da qualunque cosa il melanconico, il quale è sempre richiamato su quell'argomento. Oltrechè tali malati si lagnano per lo sforzo intellettuale continuo, penoso e privo di risultato, per l'impossibilità di padroneggiare un pensiero, per il tedio ed il vuoto della loro coscienza nonostante l'apparente pienezza di essa. Con una certa giustezza Emminghaus colloca questo stato (*Psycho-Pathol.* p. 199) fra le idee fisse.

La melanconia semplice è una delle forme più frequenti. Essa offre clinicamente una grande schiera di variazioni riguardo all'aggruppamento dei sintomi ed all'intensità della malattia. A questo riguardo noi abbiamo specialmente da distinguere tre varietà o gradi, in quanto che la malattia li comprende tutti oppure trova il suo termine in qualcuno di questi gradi. Come forma più benigna abbiamo:

a) *Melanconia senza delirio.*

Il quadro morboso qui si limita alle anomalie dei sentimenti, delle tendenze e della parte formale dell'ideazione. Non si hanno idee deliranti od illusioni sensoriali. Questa forma leggera di melanconia si trova solo eccezionalmente nei manicomi, è invece frequente nella pratica privata. Tale stato si sottrae spesso all'osservazione dei profani e anche del medico, poichè il malato sa conservare la calma e l'assennatezza apparente.

Sono elementi diagnostici valevoli l'aspetto triste, l'irritabilità, il malumore e le alterazioni del pensare e sentire abituali, ma si trova per lo più o si può sospettare un motivo esterno che giustifichi questi sintomi, ed il malato che non vuol comparire tale si appoggia ad ogni cosa per motivare e scusare la sua sconsideratezza e pigrizia, la trascuranza dei suoi doveri abituali. Così esiste spesso per lungo tempo sul vero stato mentale un'illusione, fino a che non si abbia un grande aumento della malattia o che un'azione violenta venga a rivelare l'intollerabilità di quello stato di tensione dolorosa. La diagnosi medica si limita, chiudendo gli occhi sulle anomalie psichiche, ad anemia, clorosi, isterismo, neurastenia, ecc. Realmente la malattia è frequentemente basata sopra questi momenti somatici neurotici, massime in connessione colle tendenze della pubertà (nostalgia); poi si osserva negli ipocondriaci, neurastenici, costituzionalmente neuropatici. Sopra tali fondamenti, massime ereditari, la melanconia si complica non di rado ad idee fisse (assassinio, suicidio, incendio) come pure a disturbi funzionali somatici, neurotici, in special modo sensitivi. Con ciò il quadro morboso si protrae, si fa prognosticamente più difficile e si ha poi il passaggio alla forma schiettamente degenerativa-costituzionale della *folie raisonnante* melanconica (vedi *Degenerazioni psichiche,* capitolo II).

Osservazione I.

Melanconia senza delirio, da catarro gastro-enterico cronico e da neurastenia.

Medico di 31 anni, ammogliato, cercò aiuto alle sue sofferenze psichiche il 6. 12. 75. Suo padre fin dalla gioventù era dedito all'ubbriachezza, vizio che turbò la felicità della famiglia e recò non pochi dispiaceri al paziente, il quale nel duro e rozzo trattamento del padre trovò un elemento nocivo al suo sviluppo psichico. Crebbe neuropatico, suscettibile, facile ad arrossire, era spesso schernito dai compagni. Nell'inverno 1863 ebbe un catarro di stomaco che durava ancora nel 1875 (epoca dell'ingresso). Divenuto studente dovè faticar molto nelle vacanze per aiutare anche il padre, il quale fu colpito da apoplessia; ed egli se ne assunse tutta la clientela. Anche la madre si ammalò, ed egli fu costretto a studiare e lavorare giorno e notte per meglio campare; il catarro crebbe. Trovò del sangue nelle feci, credè di aver delle ulceri agli intestini, di essere vicino alla perforazione di essi, divenne mesto, ipocondriaco. Ciò nonostante riuscì a dare i suoi esami e passò. Il padre intanto si abbandonava a nuovi eccessi, d'onde nuovi dolori. Nell'autunno 1872 si ammogliò. Lo si mise in mala vista colla moglie e lo si dipinse come epilettico e dipsomane; da ciò depressione profonda. Avversato da' colleghi e messo in cattiva vista nella sua pratica per un'erniotomia riuscita male, entrò in grande melanconia. Il catarro gastrico crebbe e così pure l'ipocondria, il malumore, e cominciarono a farsi gravemente sentire i mali di capo e l'indigestione. Si presenta alla clinica di Graz; insonne, irrequieto, con ansia precordiale, vertigini, cefalea; niente più lo alletta, rumina pensieri di suicidio. Lieve miglioramento, poi di nuovo anestesia psichica, ansia e timore di esser pazzo. Cura: oppio 2 volte al giorno (0,05-0,15).

Il suo stato gli diviene insopportabile. Prosegue la depressione; crede di aver rovinato la moglie ed i figli. L'esame eseguito il 6. 12. 75 lo rivela turbato, depresso. Accusa male al capo, pressione alla fronte come se fosse in una morsa, sente grande malessere. La defecazione si ottiene solo dietro l'uso di purganti, la digestione è sempre accompagnata da gravi molestie. Polso piccolo, 84, estremità fredde. Piange facilmente, non prova alcuna gioia, vede l'avvenire fosco. Si regolano la dieta e la defecazione. Suppositorii di 0,25-0,3 d'estratto acquoso d'oppio 2 volte al giorno.

Il suo stato migliora. Si occupa leggermente. Appena intrapresa la cura oppiacea, le idee del suicidio, il *taedium vitae*, l'apatia, la cefalea ed altri fenomeni diminuirono, poi si alternarono fra esacerbazioni e remissioni.

Solo coll' oppio poteva vivere. Fra miglioramenti e peggioramenti si giunse all'estate 1876. Una gita sugli alti monti, i bagni di mare e l'oppio, portato fino a 1,0 per giorno, produssero infine un effetto favorevole. Lo stomaco andò guarendo, la depressione psichica diminuendo. Rimase ancora una certa emotività.

Nel corso dell' anno 1877 sparirono anche questi ultimi sintomi, la nutrizione si fece buona, tornò la volontà dell' occuparsi. Questa stentata guarigione fu messa a dura prova dalla morte della moglie e dalla sifilide che un suo bambino prese dalla nutrice; però la salute si ristabilì permanentemente.

b) *Melanconia con ansia precordiale.*

Molto di frequente nel decorso della melanconia senza delirio si stabilisce il complesso sintomatico dell'ansia precordiale, talvolta come complicazione in alcune ore del giorno, od anche in modo più duraturo e fin da principio (melanconia precordiale). Nell'ultimo caso si tratta più spesso di un decorso acuto o subacuto. L'ansia precordiale è uno dei più importanti e più frequenti fenomeni concomitanti che si diano negli stati melanconici. Quando esiste è sempre una complicazione gravissima, in quanto che costituisce un pericolo per la vita del malato o dei vicini, in causa dell'aumento del dolore psichico e dello stato di tensione. Il malato non deve essere abbandonato a se stesso. L'ansia precordiale è l'elemento principale che nella melanconia toglie il malato dalla passività, lo rende errabondo, agitato e lo mette alla disperazione, a seconda della violenza e della rapidità con cui l'ansia si impone alla coscienza. Un rapido e violento irrompere dell'ansia precordiale può produrre un transitorio turbamento della coscienza fino all'abolizione di essa e dar luogo ad atti motorii, da potersi dire convulsivi, come reazione della grande ansia. Questa crisi motoria di un rapido ed insopportabile stato di tensione psichica si è denominata *raptus melancholicus.* Questo *raptus* può manifestarsi dalla più profonda passività di un melanconico.

Non di rado i singoli accessi di ansia sono preceduti da uno stato di aura sotto forma di depressione dell'animo, cefalea, vertigini,

sensazioni neuralgiche e paralgiche. Coll'irrompere dell'ansia nella coscienza, l'accesso raggiunge prontamente il suo acme.

Tutte le attitudini psichiche (appercezione, associazione, riproduzione) al giungere dell'ansia sono profondamente turbate fino alla abolizione loro.

L'appercezione profondamente turbata risveglia idee prive di fondamento: l'ideazione è momentaneamente arrestata ed esiste ancora soltanto un confuso affastellamento di idee penose, non dominabili e non più associabili, alle quali possono connettersi allucinazioni terrifiche, delirii di distruzione generale, caduta del mondo, possesso del diavolo ecc. La coscienza è profondamente turbata fino alla temporanea abolizione dell'io.

La sfera motoria lascia osservare, a seconda dell'intensità dell'accesso, estrinsecazioni di affetti di disperazione (strapparsi i capelli, lacerar gli abiti), atti nocivi (assassinio, suicidio, violenta distruzione di tutto quanto capita nelle mani dei malati), motivati da un cupo impulso ad ottenere una soluzione dello stato di tensione psichica ed in cui l'analgesia rende possibili le più orribili automutilazioni (malato di Bergmann che si strappò gli occhi dall'orbite) e l'anestesia psichica le più crudeli violenze contro gli altri. Nell'acme di tale stato si osservano azioni senza piano e distruttive, vere convulsioni psichiche di questi infelici.

Questi disturbi psichici sono preceduti da considerevoli disturbi della respirazione e della circolazione. Quella è arrestata, superficiale, oppure frequente, l'azione cardiaca è accelerata, irregolare, il polso è piccolo, celere, la pelle è fredda, pallida, le secrezioni sono interrotte durante l'accesso. Verso la fine del parossismo appare per lo più una profusa secrezione salivare. I fenomeni del turbato circolo rendono verosimile l'ipotesi di una neurosi simpatica (crampo vasale) come causa del *raptus*. Il cessare di essi è rapido, talchè si può stabilirne graficamente il decorso con una curva rapidamente ascendente e discendente. Se l'ansia scompare, il malato si sveglia come da un sogno penoso, si sente alleggerito. A seconda della gravità dell'accesso la memoria delle vicende di questo sarà com-

pletamente mancante o soltanto sommaria. La durata di questo stato varia da minuti fino a mezz'ora.

Osservazione II.

Melanconia precordiale.

Falk, 39 anni, ufficiale di marina, deriva da un padre ipocondriaco. Di natura sensibile, ma pel resto sano e svelto. Ebbe una tresca amorosa con una sposa, nota al marito; per viver più quieto si rifugiò con essa in luogo appartato e remoto. La donna amata gli si rivelò come una Messalina e lo perseguitava dovunque; in seguito agli sforzi si ammalò: divenne insonne, fu preso da ansia precordiale, da timor di morire. Senso continuo di indefinibile poltroneria (agosto 1878); si sentiva ridotto come un bambino e paventava un possibile duello. L'ansia precordiale crebbe, non ebbe più pace, viveva solo in preda ad affetti aspettativi.

All'epoca della sua ammissione (29. 9. 78) appare profondamente depresso, colla faccia ansiosa. Irrequietezza, noia, confusione nel capo, piagnistei.

Ad eccezione della costipazione non si trova alcun disturbo vegetativo. Peso 60 kgm. Puls. 80, polso piccolo, celere. Estremità fredde.

Iniezioni d'oppio acquoso (2 volte al giorno 0,02 d'estratto). In poco tempo venne il sonno, il desiderio di occupazione. Aveva soltanto un po' d'ansia alla sera. La nutrizione migliorò (peso 25 ottobre 64 kgm.). Il 3. 11. 78 lascia lo stabilimento completamente guarito.

Osservazione III.

Melanconia cronica in base ad influenze esaurienti, con raptus melancholicus.

Pichler contadina di 57 anni, ammessa il 10. 9. 73. Derivazione sana. A 19 anni matrimonio; arrivò a 40 anni avendo partorito 10 volte normalmente. Questi parti, gli allattamenti, la cattiva nutrizione, le faticose occupazioni, la lotta per l'esistenza l'avevano corporalmente abbattuta. Nel 1861 ammalò di tifo. Si rimise a stento perchè dovè presto ridarsi al lavoro e far uso di un vitto poco nutritivo. Perciò mostrò in seguito grande irritabilità, sensibilità ed anemia. In ogni inverno ebbe alcune settimane di tristezza.

Dal 1865 al 68 ebbe violenti accessi di melanconia in seguito a paure e commozioni. In appresso si notò diminuzione di questi fenomeni e delle consecutive idee deliranti, ma la malata rimase depressa, irritabile, senza amore pel lavoro. Insonnio, inappetenza, anemia.

In marzo 73 diminuzione della nutrizione, edema ai piedi.

La depressione crebbe. Ansia precordiale, costrizione al petto in accessi diurni di gran violenza. Le sembra di essere all'inferno, ha un senso come di precipitazione da grande altezza. Crede che il mondo sia caduto pei suoi peccati. Grande confusione d'idee Nell'acme dell'accesso ansioso si rivelano tendenze impulsive e distruttive. Batte i vicini, demolisce ciò che le capita fra mano Durante questi accessi che duravano fino a mezzogiorno, rimaneva in una camera oscura, legata con funi. Dopo mezzogiorno l'ansia scompariva, ma la malata era molto abbattuta.

Malata anemica, toni cardiaci deboli, ma netti, polso piccolo, *fluor albus*. Esistono altri disturbi vegetativi, come neuralgia ecc. Si mette in opera una nutrizione ricostituente con vino e ferro e si cura con iniezioni (2 volte al giorno 0, 15) di estratto d'oppio acquoso.

Qui l'oppio si rivelò uno specifico contro l'ansia; questa si ebbe solo al mattino allo svegliarsi, ma ridotta non ad altro che ad un sentimento di oppressione. La nutrizione si rielevò. Dopo lunga astensione dall'oppio, si ebbe recrudescenza della melanconia, che scomparve riprendendo il medicamento. I tentativi di sospensione eran difficili per l'ansia e l'iusonnio. Il 30. 8. 74 lasciò il manicomio con appena qualche traccia di depressione e dovette ancora servirsi dell'oppio per qualche tempo.

c) *Melanconia con idee deliranti e disturbi sensoriali.*

Nel decorso della melanconia si verificano di frequente idee deliranti e disturbi sensoriali. I quali si sviluppano gradatamente dal quadro della melanconia senza delirio e costituiscono il grado più elevato del processo morboso, oppure tengono ben presto dietro all'emotività dell'animo. Questa è la regola nei casi acuti e subacuti.

Poichè le idee deliranti, in opposizione a quelle dei delirii sensoriali (Wahnsinn) e della paranoia primitiva, sono nei melanconici quasi esclusivamente falsi tentativi di spiegazioni di attitudini morbose nella coscienza, qui sarà più facile risalire alla sorgente ed ai disturbi fondamentali che servono loro di base.

Così l'amor proprio profondamente depresso che induce nella coscienza l'arresto dei sentimenti, delle idee e delle inclinazioni e si esprime coll'avvilimento e la sfiducia ecc., ruina fino al delirio di essere un pitocco e di dover morire di fame ecc. La disestesia psichica riflette sul mondo esterno una luce fosca e fa vedere persecuzioni e minaccianti pericoli.

Il senso d'arresto e di una forza superiore sovrastante conduce gli individui mentalmente limitati al delirio di esser sotto ad una misteriosa potenza, di esser stregati, indiavolati. L'anestesia psichica che non ammette più alcun sentimento umano od etico, genera il delirio d'aver perduto gli attributi umani, di essere cambiato in un animale e siccome ciò è avvertito per lo più insieme al mancante conforto delle preghiere e della religione, così si ha facilmente il delirio di esser ripudiati da Dio, d'aver perduto l'eterna salute, di esser posseduti dal diavolo.

Nei gradi più elevati dell'anestesia psichica, quando le percezioni sensoriali non si accentuano più subbiettivamente, il mondo esterno appare come un mondo di ombre e di lumi e risveglia fosche idee deliranti di rovina generale e personale.

Un'origine specialmente importante per le idee deliranti è data dall'ansia precordiale e sopratutto dagli affetti aspettativi ansiosi. Questi conducono al delirio che vi sia sempre un pericolo che minacci. Questo può individualizzarsi in persecuzioni immaginarie, minacciata morte, perdita di attività. Con ciò il malato, in base al suo io profondamente depresso, giunge facilmente al delirio di essere un peccatore, un delinquente, di meritare una simile pena. Come ulteriore motivo può esservi una precedente trasgressione reale alle leggi, oppure una dimenticanza; un'azione normale, per nulla contraria alle leggi, può apparire come cattiva a questi esseri iperestesici.

Anche i sentimenti morbosi nel campo dei nervi sentivi (paralgie, anestesie, neuralgie), come anche le anomalie delle sensazioni gustative ed olfattive, possono in via allegorica divenire idee deliranti.

Anche i disturbi sensoriali sono una sorgente cospicua di idee deliranti. Essi possono aversi in tutti i campi sensorii e collocare il malato in un mondo immaginario.

Come le idee hanno nella melanconia un contenuto ostile, doloroso, così anche quello delle allucinazioni è terrifico, apportatore d'ansia.

Il malato dominato da affetti aspettativi ansiosi ascolta voci che gli minacciano del male, la morte, la prigionia, la dannazione. Il mondo esterno gli appare ostile, rumori o parole al tutto privi di significato suonano per lui come minacce, insulti, scherni, motteggi ecc.

Le visioni di questi malati sono del pari spaventevoli. Essi vedono diavoli, spettri che li circondano, vedono il carnefice che li aspetta, assassini che li minacciano. Le illusioni gustative originano il delirio che il cibo sia avvelenato o sporco. Le illusioni olfattive fanno loro credere di esser circondati da cadaveri, di trovarsi nei vapori solforosi dell'inferno.

Sensazioni neuralgico-paralgiche li conducono al delirio di essere martirizzati, dati in preda a spiriti cattivi.

Coll'apparire delle idee deliranti e delle allucinazioni può, a seconda del loro contenuto, essere ulteriormente aumentata la passività. Il malato ode per es. delle voci di essere perduto qualora si muova, si vede circondato da abissi oppure diviene ad azioni reattive disperate, nel senso di un *raptus* o di una melanconia agitata.

Osservazione IV.

Melanconia con idee deliranti ed allucinazioni.

Autodescrizione del periodo della malattia.

Gerteis, fabbricante, di anni 70, ammesso il 4. 1. 74.

Disturbi mentali negli ascendenti. Di sistema nervoso irritabile, fu transitoriamente maniaco nel 1848. Fece una piccola perdita finanziaria nel 1873; perdette il sonno, non fu più capace d'applicarsi, decadde nella nutrizione, divenne irritabile. In dicembre ricevette una lettera lagnosa di

una figlia che gli chiedeva una grossa somma, che egli non aveva. Il dispiacere di non potere sovvenire la figlia fu grande. Quindi decadimento continuo finchè si stabilirono, con rapido sviluppo, disestesia ed anestesia, ansia precordiale, affetti aspettativi. Delirio di piccolezza; ha insultato Cristo, rovinato la famiglia, è un delinquente. Nei giornali è pubblicata la sua vergogna. Sopravvenne il *taedium vitae*, al quale tenne dietro un tentativo di suicidio.

All'ammissione si mostra depresso, senza alcun disturbo vegetativo. Protesta che lo si chiami signore, lui che è indegno della più piccola cosa, chiede una stalla e non un quartiere. Insonnio. Bagni e, due volte al giorno, 0,05 di estratto d'oppio acquoso per via ipodermica. Leggero accenno di miglior sonno. Alla metà di febbraio prova un senso di malattia corporea. La visione avuta dei parenti riconosce per un disturbo sensoriale. Migliora, non dice più d'essere in carcere. Quando il medico gli dichiara che non ha commesso nulla, ma soltanto ha delirato, e contemporaneamente gli mostra una lettera dei parenti, guarisce rapidamente e si ristabilisce la personalità. Esce il 18. 3. 74.

Il malato fa il racconto (guarito) del suo stato precedente, ricorda una quantità di fantasmagorie in cui pareva che tutti lo accusassero di far cadere il mondo e lo mandavano in carcere.

È interessante la descrizione della malattia fatta dal malato stesso dopo essere guarito.

« Quando io mi affacciai alla finestra con intenzione di suicidarmi mi apparve la città in ruina. Come un lampo mi venne il pensiero di essere incorso nella scomunica. Questo pensiero si rese sempre più saldo coadiuvato da disturbi sensoriali. Così parevami di sentire abitualmente un suono di campane, il quale mi ricordava la mia scomunica. Quando io lo sentivo mi pareva che si purificasse l'aria in cui respiravo. Vidi un giorno chiudersi l'abbaino del campanile e pensai che ciò fosse in causa della mia scomunica. Sentii che si proibiva al macellaio e al fornaio di fornirmi i viveri e non dubitai più della mia dannazione. Anche nello stabilimento mi si paravano avanti giorno e notte i quadri più foschi e spaventevoli. Io era immerso in scrupoli e timori religiosi. Lei, signor Direttore, mi appariva come un taumaturgo che, in rapporto con altri spiriti, metteva ogni giorno a dura prova la mia esistenza.

» Guardando dalla finestra mi pareva di scorgere un deserto e che tutto fosse fuori di posto, naturalmente anche riguardo ai miei parenti e quando mi venivano lettere da questi, dubitavo della loro realtà.

» Il campanile della chiesa vicina mi dava un gran pensiero. Lo tenevo per un uomo, un ministro divino, vidi anzi un giorno la torre muoversi e ne sentii le parole. Io credetti che mi maledicesse perchè tutto il mondo

mi pareva sconvolto e solo attendevo di essere pur io coinvolto nel caos. Sotto la mia finestra, poi nella mia camera vidi i miei parenti che mi fissavano ostinatamente. Il mio vicino di stanza mi appariva così atteggiato nell'aspetto e nel vestito che io lo presi pel capo dell'inferno. In capo aveva un cappello nero con un trofeo, nelle sue mani mi sembrò di vedere i miei due anelli.

» Per lungo tempo mi perseguitò il pensiero che quell'uomo mi fosse vicino per prendermi con sè. Sia lode a Dio, ora anche questo delirio è scomparso, ed ora la vita buona ha per me di nuovo delle attrattive. Scomparve pure l'idea della scomunica ed ebbi idea della malattia sofferta ».

Osservazione V.

Melanconia con idee deliranti e disturbi sensoriali.

Autodescrizione della malattia.

Uomo, di 52 anni. Madre ubbriacona, fratello pazzo, un altro suicida. Vino per guarire i dispiaceri, catarro cronico di stomaco, indigestioni, sonno cattivo. In aprile depresso, irritabile, cupo. Ansia precordiale, affetti aspettativi ansiosi. Credesi condannato a perder la pensione pei commessi abusi venerei e bacchici ed a morir di fame colla famiglia. Idee suicide; in clinica fu condotto il 30. 5. 81.

Piange il suo destino, ritiene il manicomio un tribunale, i medici scambia per giudici. Decadimento della nutrizione e delle forze, alito fetido, stomaco dilatato. Anoressia, insonnio. Dietro adatta cura del catarro e colle iniezioni sottocutanee d'oppio si ebbe una considerevole remissione. Dato in prova a casa il 31. 7, ricadde nell'ansia, tentò di rompersi il capo contro il muro e fu ricondotto nel manicomio. Si ha tutto il quadro della melanconia con stupore, profondo arresto ansioso; si fa sotto le materie. Coi bagni, l'oppio (fino a 0,15 di estratto acquoso) e la cura del catarro, alla fine di novembre si ebbero dei segni di miglioramento; spera nell'avvenire. Alla fine di dicembre è migliorata molto anche la nutrizione. Progredisce il miglioramento, ma nel marzo 82 prostrazione corporea con esaurimento neurastenico, ma si ristabilisce in aprile.

Il guarito diede una interessante relazione della sua malattia.

« Quando fui condotto credei che le persone mi frugassero negli abiti; che ognuno di quelli che mi circondavano mi ritenesse per lo meno per un delinquente, era per me cosa indubitabile. Dalle fontane del giardino non mi sembrava che scaturisse acqua, ma del mercurio. E bevendo

l'acqua io non solo avvertivo un odore disgustoso, ma sentivo anche il peso specifico del mercurio. Da questo punto le energie psichiche e corporee mi lasciarono sempre più, talchè mi passò il tempo fino a dicembre 81, senza che io mi possa ricordar di nulla. Durante questo mese non potei capire come avessi passato il tempo e solo mi diedi qualche spaventevole risposta. Io credevo di non esser capace di inghiottire abbastanza acqua e pane e volevo perciò non mangiare e andare a dormire. Ogni mio avere, ogni bene io credevo perduto, la mia famiglia all'elemosina; mia moglie che venne a visitarmi, io non considerai per la vera ma come una spia, travestita però come mia moglie e mandata per investigare tutti i miei pensieri.

» Non usai acqua fresca per dei mesi. Sol che mi lavassi o entrassi in bagno, avevo dei momenti in cui mi sentivo incapace di inghiottire acqua, come se questa fosse mescolata a sapone o tiepida. Nel giardino vidi con speciale compiacenza dell'acqua di pioggia in certe vasche e desiderai di berne; ma desistetti, perchè ero dell'opinione che io tutto avvelenassi e che nessuno potesse servirsi di ciò che aveva servito a me. Persino l'aria in tutto il mondo io credeva avvelenata dal mio contatto. Io attendevo la rovina dell'intero genere umano; di giorno in giorno io mi vedevo avvicinare alla fine dei mezzi di sussistenza. Io avevo ferma opinione che per ultimi alimenti dovessero servire certi gatti dello stabilimento, dei quali io dovevo mangiarmi il più grosso e il più vecchio colla pelle e coi peli. Perchè ciò fosse possibile io mi doveva tagliare la bocca fino alle orecchie, cacciando i denti e tutto ciò per ingoiare il gatto in un boccone.

» I giorni mi passavano straordinariamente presto, al contrario le notti mi sembravano eternamente lunghe. Secondo la mia credenza noi avevamo già di gran lunga sorpassato il secolo 19°. Per lo più io passavo il mio tempo in cose di marina; credevo di aver ruinato tutti i vapori, l'intera marineria. Vedevo asciugarsi il mare sotto i miei occhi credendo di averne ingoiato tutta l'acqua.

» Non mi accorgevo mai di essere gravemente malato di mente e di corpo e andavo sulle furie quando i medici mi dicevano che sarei guarito, che era questione di tempo.

» Poi il buio orizzonte delle mie idee cominciò a schiarirsi, ma provavo una grande difficoltà ad ogni parola che dovevo scrivere, ad ogni movimento; anche il mio animo era molto depresso e bisognava che uscissi in lamenti, ma poi anche questo stato cessò ».

Osservazione VI.

Melanconia agitata.

Buon esito della cura oppiacea.

Donna di 30 anni, ammessa il 14. 5. 75., padre collerico, madre, zio, fratello neuropatici. Traccie di rachitide, debole, impressionabile fin da bambina.

A 13 anni pubertà con disturbi clorotici ed isterici. Crebbe di eccitata fantasia e di natura esaltata.

Un buon matrimonio contratto a 25 anni, dopo 2 mesi fu turbato dal suicidio della suocera; cattive lingue ne incolpavano la nuora. Rimase incinta e partorì un bambino colla gola di lupo ed il palato scisso. Nel 1875 soffrì la difterite insieme al marito ed al bambino, poi il reumatismo articolare, e quindi debolezza, anemia, nervosità. Ha una grande depressione, un turbamento continuo. Sentesi indegna del marito, ha perduto l'amore per il bimbo e per la vita, ritiene il marito infelice per lei. Notti insonni. Ansia precordiale. Tentativo di suicidio conficcandosi un ago nel petto; essa ha rovinato il mondo co' suoi peccati. Oppio 2 volte al giorno, iniezioni sottocutanee di estratto acquoso da 0,05-0,1.

Alla sua ammissione è eccitata, si dichiara una peccatrice. È anemica. Puls. 126. Soffre di neuralgia intercostale. Il 2 giugno va bene, si occupa, dorme, va rifacendosi in nutrizione. Visita del marito propizia. Esce guarita il 10. 8. 75. Si ricorda della malattia come di un sogno cattivo; ne conserva solo un ricordo sommario.

Osservazione VII.

Melanconia passiva dietro sforzi mentali.

Mathiasch 18 anni, studente di ginnasio, ammesso il 14. 7. 1878. Padre neuropatico, emotivo, madre melanconica. Buono sviluppo, a 12 anni ebbe una malattia spinale che lo lasciò paralitico un anno. Intelligente, laborioso, sempre fra i libri, sempre il primo della scuola. Per la prima volta nel 77 fu promosso senza menzione speciale. Si ammalò. Raddoppiò di diligenza, studiò nella notte. In febbraio 78 cominciò a sentirsi stanco, perdè sonno, appetito e le attitudini di prima; scriveva versi lamentandosi del destino

che gli aveva tolto la felicità. Pensieri di suicidio. Dal 1° maggio non vuol più lasciar il letto. Alcuni tentativi di suicidio rendono necessaria l'ammissione in manicomio. Si dà per peccatore. Viso ansioso, polso 100-120, anemia, lingua tremula. Tremore alle mani, dolorosa concentrazione e grande passività. Alimentazione forzata.

Guarito narrava che non aveva altro pensiero che questo: quando la finirò colla vita? Vedeva assassini che gli stavano sopra ed istintivamente piegava il capo dall'altro lato. In luglio miglioramento somatico, ma depressione ancor profonda. È un uomo cattivissimo, non più di questo mondo. La convalescenza fu lunga, ma non interrotta. Il 22. 12. 78 lasciò il manicomio per entrare all'Università.

Fra le melanconie con delirio riesce importante in pratica, a seconda della prevalenza e frequenza di speciali idee deliranti, distinguere alcune specie. Così dobbiamo ricordare:

a) *La melanconia religiosa.*

Il malato che cade in melanconia e che aveva tendenze religiose anche da sano in famiglia, non trova più conforto all'ansia e all'oppressione dell'animo nelle preghiere. L'arresto fa apparire quelle di nessuna efficacia. Il malato nota ciò con orrore e cade nella disperazione. Egli si crede abbandonato da Dio, dannato. Egli ha meritato questa sorte, poichè è un peccatore, si è confessato poco, non ha abbastanza onorato Iddio. Nell'ulteriore decorso sviluppasi (massime nelle persone incolte a cui la mancanza del Cielo e della grazia divina equivale all'abbandono all'inferno ed al diavolo) come aumento dello stato delirante, l'idea di esser posseduti dal diavolo (melanconia demonomaniaca). Le neuralgie, paralgie, i crampi, specialmente frequenti nelle isteriche, sono una prova che il demonio ha preso possesso del corpo peccatore. Questi fenomeni sono interpretati in via allegorica. Per es. la neuralgia intercostale come un tentativo del diavolo di strappar loro il cuore, le anestesie e le parestesie come pietrificazione del cuore, le sensazioni paralgiche di bruciore nella pelle e in gola, come le fiamme dell'inferno ecc. Spesso il delirio demonomaniaco ap-

pare fin dal primo manifestarsi della sensazione (per es. globo, paralgie). Le allucinazioni (visioni di spiriti, odore di zolfo, voci che dicono « ora la tua anima è mia » seguono da vicino e corroborano il delirio. Nell'acme del delirio demonomaniaco e come fenomeni di reazione possono osservarsi espressioni di disperazione, *raptus*, convulsioni ecc. che vengono appercepite demonomaniacamente, nel senso di una personalità che invade e signoreggia l'apparato muscolo-motorio. La guarigione della demonomania suole aversi attraverso uno studio di melanconia religiosa con rassegnazione affannosa o di melanconia nostalgica.

Osservazione VIII.

Melanconia religiosa.

Bühler, 28 anni, maestra, nubile, ammessa il 31. 7. 75. Madre isteropatica. Donna nervosa, sensibile, eccitabile, taciturna. In settembre 73 ebbe forti paure durante le mestruazioni. Queste cessarono tosto e vennero 2 mesi dopo profuse e con dolore. Tremori alle estremità, piedi freddi, flussione al capo. In febbraio 74, dietro forte applicazione fu presa da cefalea occipitale e da disturbi circolatorii, flussioni al capo con estremità fredde.

In marzo profonda depressione psichica, cattivi pensieri, insonnio. Tale stato attribuì a cattiva confessione e comunione, ad un castigo di Dio.

L'assaliva una disperazione per la felicità e salute dell'anima perdute, alla quale teneva dietro di poi una rassegnazione stupida. Durante le mestruazioni ebbe degli accessi d'ansia, durante i quali vedeva i vicini sotto diversi aspetti, specialmente di diavoli. Al suo fidanzato tolse il consenso. Contro i genitori essa era sempre inquieta e persino aggressiva quando la non si lasciava in pace. Per deficienza di sonno e di alimento era ridotta in condizioni deplorevoli. La cura consistè in preghiere in famiglia e in esorcismi praticati da un prete che si piccava di psichiatria, oltre a una cura omeopatica.

All'ammissione si rivela dimagrita, depressa. Polso piccolo, estremità fredde, mani tremanti, non neuralgie. Utero piccolo, leggermente antiverso.

La paziente era molto inquieta, ansiosa. Dice che ha il corpo sano, l'anima morta; come segno di abbiezione vuol esser chiamata per numero, non per nome. Ha offeso Dio. La sua anima brucia. Tutte le sue respirazioni e pulsazioni sono insieme peccati e punizioni.

Al medico scriveva: « Io sono infelice, disprezzo me stessa, la mia anima, piena d'ogni sorta di peccati, attende uno spaventevole giudizio divino. Io voglio passar qui in manicomio tutto il resto della mia vita, in me tutto è perduto ».

L'iperestesia psichica e l'ansia precordiale accennano a cedere all'uso dell'oppio, dei bagni tiepidi, del ferro. Alla dose bigiornaliera di 0,15-0,2 d'oppio la malata diviene calma, rassegnata, dorme, la nutrizione migliora; si occupa della sua toeletta. Accessi di ansia e di disperazione rari, miti e solo nell'epoca mestruale con dolori neuralgici, cefalea, ecc.

Durante il 76 ebbe una nuova esacerbazione. Vede i parenti, il corpo è ben nutrito. Nel principio del 77 va meglio, ha paura delle cose religiose e del mondo. Esce il 2. 4. 77.

Osservazione IX.

Melanconia demonomaniaca.

Raptus melancholichus.

Greiner, 19 anni, calzolaio. Genitori sani. Sorella melanconica. In ottobre 78 depresso senza motivi: non ha più amore per la sua occupazione, pensa al futuro, cerca obblio ai dispiaceri nel vino. Ansioso, insonne, panofobico, si mette in capo di aver mal pregato ed offeso Dio e che ciò è causa dei suoi mali. Siccome la preghiera non era possibile per la sua anestesia psichica, si ritiene dannato, perduto, cade in disperazione.

Comincia la cura il 28. 11. 78. Corpo piccolo, testa rombica, fronte bassa, faccia larga, anemico. Peso Kgm. 48, nessun disturbo vegetativo.

Agitazione ansiosa, pensieri pieni di paure. Prima era tanto felice, ora non ha più fede, più risorse, più speranza in nulla; di lui è la colpa che mal pregando ha offeso Dio. Una voce gli dice che è del diavolo, poichè non prova più alcun sentimento umano. Se non ne acquista una delle nuove, l'anima non l'ha più. Letto ed oppio. Al primo di dicembre si dichiara il diavolo. È il diavolo, poichè nessuna preghiera lo aiuta e non può più credere in nulla. Deviene ad atti di *raptus* cercando di uccidere gli altri, per perdere in punizione la sua insopportabile vita.

Alla fine del gennaio 1879 è ancor nell'acme. Grandi dosi d'oppio (0,15 2 volte al giorno per via sottocutanea) ed il malato si calma, torna il sonno e la nutrizione; l'idea del diavolo è scomparsa, ma esiste anestesia psichica; non ha fede alcuna, non crede neppure nel suo corpo.

In marzo si occupa, ha però poca speranza nel futuro. Oscillazioni fino alla fine d'aprile. Un giorno trova che può pregare con sollievo. Esce guarito il 22. 6. 79. Peso kg. 57.

Osservazione X.

Melanconia demonomaniaca.

Rasch, 42 anni, servo, ammesso il 5. 2. 81. Padre morto pazzo, un fratello imbecille. Fino allora sano. Nel 1879 cominciò a lagnarsi della sua umile e faticosa occupazione, conseguenza dei suoi peccati; nell'agosto 1880 era pigro, senz'appetito, depresso. Ansia precordiale. Il numero dei peccati gli pesa, cerca di alleggerirli colle preghiere, non vi riesce. Nel gennaio 1881 lagnasi di esser del diavolo; ha il diavolo nel collo (globo), ha pensieri suicidi.

Alla sua ammissione si riscontra catarro di stomaco, enfisema, deperimento nella nutrizione, demonomania. Satana è nel suo petto, poichè il suo cuore è sempre irrequieto. Desidera preti per riscattare possibilmente l'anima sua, rovinata da cattive comunioni e sacrileghe confessioni.

Oppio, bagni, ricostituenti. Cessa l'ansia precordiale, è calmo, si dichiara malato, spera in Dio. Al principio d'aprile esacerbazione, globo e sensazioni paralgiche. Coll'uso aumentato dell'oppio miglioramento. Prega che gli si apra il petto per uccidere certi vermi. Alla fine del 1881 miglioramento progressivo psichico e somatico. Può lavorare e pregare. Dopo uno stadio di depressione nostalgica guarigione. Dimesso alla metà di luglio 1882.

b) *La melanconia ipocondriaca.*

In taluni casi di melanconia l'attenzione del malato depresso è richiamata, da disturbi intensi della sensibilità comune, sulle funzioni del proprio corpo. Facilmente accade che il malato cerchi la ragione della sua depressione in questi disturbi corporei e ve la trovi, quantunque questi siano soltanto sintomi concomitanti e non momenti causali della depressione melanconica. Così nascono, come nelle altre varietà di melanconia, sotto forma di tentativi di schiarimento delle attitudini morbose della coscienza, le idee deliranti, le quali però non accennano a

falsi rapporti col mondo esterno, bensì includono interpretazioni deliranti sullo stato delle funzioni corporee. In modo specialmente facile si ha questo quadro ipocondriaco-melanconico quando, come causa o come complicazione di questo, esistono malattie intestinali o sessuali.

Una forma clinica non rara, appartenente a questa categoria, è la melanconia *sifilodofobica.*

Cause di essa sono vecchie od anche attuali, ma talvolta futilissime alterazioni dei genitali. Considerevole ancora è la frequenza di questa forma sifilodofobica negli individui realmente sifilitici o sospetti di lue. La clorosi sifilitica, od anche l'anemia in seguito all'uso del mercurio e dell'iodio, è qui etiologicamente importante.

L'idea di esser sifilitico può quindi secondo i casi essere giustificata, oppure avere il significato di un'idea delirante, in quanto che questa non tragga la sua origine su di un fatto sperimentato, ma sia la conseguenza di un forzato tentativo di schiarimento ad uno stato di depressione pieno di affetti melanconici, con una coscienza che invade i sentimenti e documenta le idee deliranti.

Come varietà abbiamo ancora la *melanconia idrofobica;* il malato obbiettivizza i suoi disturbi della sensibilità comune e le sue oppressioni ansiose col delirio di essere infetto dal veleno rabbico e vive nell'angoscia per timore di questa terribile malattia e di comunicarla agli altri.

Nell'acme dell'eccitamento ansioso si possono perfino avere convulsioni riflesse e spasmi durante l'atto dell'inghiottire. Un morso di cane riportato da anni od un semplice innocuo incontro con qualche cane sono da porsi fra i motivi del delirio.

Come sotto-forma clinica della melanconia ipocondriaca dobbiamo ricordare la melanconia da *masturbazione.* I casi nei quali il momento causale della masturbazione domina la situazione, mi sembrano segnalarsi sopratutto pel loro fondamento neurastenico. Il delirio ipocondriaco si svolge segnatamente su fenomeni neurastenici. Il peso al capo e l'arresto psichico s'impongono al malato come sintomi d'incipiente inde-

bolimento mentale e pazzia, la neurastenia spinale come segno di tabe spinale.

In generale i sintomi del dolore psichico superano quelli dell'arresto. Il sentimento di sè è profondamente depresso. Il malato giunge alla convinzione che gli si leggano in viso i suoi vizi e che perciò lo si disprezzi.

Il malato però non si contiene come un peccatore pentito, ma come un martire del destino. Di frequente è a notarsi il colorito religioso del quadro morboso nei predisposti, fino ad arrivare al delirio primitivo con allucinazioni (delirio di essere un redentore, un messia).

Non di rado, in parte per penitenza, in parte coll'idea di salvarsi, i malati si praticano la mutilazione dei genitali.

Il dolore psichico si esterna in modo veramente teatrale.

Notevoli sono i temporanei violenti accessi di ansia *mortis*, le sensazioni di vita che si spegne.

Nei casi a fondo degenerativo ed infausti, trovansi la sudiceria, la tendenza a cose schifose (coprofagia, lombricofagia, mangiare il contenuto della sputacchiera).

Osservazione XI.

Melanconia sifilodofobica in un luetico.

F., di 33 anni, giornaliero, ereditariamente disposto, contrasse da anni l'infezione sifilitica, di cui non fece la cura adeguata. Gli si svilupparono dei grossi condilomi all'ano, dei quali si hanno cicatrici pigmentate. Nell'autunno 73 roseola dichiarata e curata come sifilitica. Decadimento nella nutrizione, depressione, ansia, timore di morire. Prega per non perdere l'animo. Al principio di maggio sente delle voci che lo dichiarano perduto, inguaribile. *Raptus* ripetuti in forma di rotture d'oggetti. All'ammissione, 1. 6. 74, il malato è depresso, crede d'aver ruinato il mondo co' suoi vizi. Leptocefalo, anemico, denutrito, indolente; però senza nessuna traccia di sifilide. Prende 4 gr. di ioduro al giorno e laudano 2 volte al giorno (20-45 gocce). Scompare la tensione dello spirito, diviene fiducioso, sciolto nei movimenti, va sempre migliorando ed esce guarito il 15. 7. 74.

Osservazione XII.

Melanconia ipocondriaca a fondo masturbatorio.

Steub. 19 anni, studente, 12° figlio di genitori neuropatici; massime dalla parte della madre trovasi in famiglia un gran numero di neurosi e psicosi. Fra il fratello che lo precedette e lui decorsero 12 anni. Un 13° figlio non era vitabile. Il malato era neuropatico. Molte polluzioni si notarono in questi ultimi tempi, seguite da notevole dimagramento. Si lagna di mal di capo, difficile applicazione, dorme male, ha sussulti di morte, è irritabile. Alla fine di maggio 1879 dimostrò gran tendenza a fantasticare; leggeva libri di medicina ed esclamava « ah, se non avessi fatto ciò! » Preso un catarro vescicale, si lagna della pietra; dice che il calcolo contiene fosforo, da cui veleno nel sangue. Il 7. 9 si fa aggressivo contro il fratello ed i parenti, ed è pericoloso anche a se stesso (*raptus* frequentemente). Il fratello che amava tanto vuol ucciderlo come un assassino. Denutrizione, lamenti continui pel fosforo e suoi vapori, esamina spesso il pene, si guarda allo specchio, una piccola escoriazione del labbro attribuisce al veleno fosforico.

Il 9. 6. ammesso. Magro, anemico. Genitali sensibili alla pressione, polso 96, estremità fredde. Insonne, si lagna della ruina della sua salute. Tieue un contegno rassegnato, teatrale, sentimentale, notevolmente masturbatorio.

È l'assassino de' suoi, ha rovinato la sua carriera. È una testa morta. Dorme male, è magrissimo. Buon vitto, bagni, oppio (2 volte al giorno 0,15 d'estratto, ferro). Medesimo stato fino al principio d'agosto. Alla fine d'agosto il peso aumenta di 5 kg., il suo delirio è corretto, il 7. 10 79 esce guarito.

2. Melanconia con stupore, attonita o stupida (1).

Una forma clinica più grave, caratterizzata da profondo disturbo della coscienza, arresto completo dell'attività psichica e dalla comparsa di speciali disturbi psicomotori, è la melanconia con stupore.

(1) Letteratura: Baillarger, *Annal. méd. psych.* 1843 Aubanel, *id.* 1853; Baillarger, *id.* 1853; Delasiauve; *id.* 1853, ott.; Dagonet. *id.* 1872; Berthier, *id.* 1869, luglio; Cullere, *id.* 1873; Newington, *Journ. of ment. science,* ott. 1874; Frigerio, *Archivio ital.* 1874, marzo; Legrand du Saulle, *Gaz. des hôp.* 1869, 128, 130, 131; Judée, *id.* 1870, 67; Maudsley, *Lancet*, 1866, 14 aprile.

I malati sono completamente concentrati in loro stessi, privi di volontà ed estranei al mondo esterno. Essi assomigliano perciò ai dementi ed in fatti gli antichi osservatori li hanno confusi cogli stati primarii di demenza e di stupore. Baillarger conobbe per primo l'indole melanconica di questo stato e dimostrò che il delirio melanconico e la grande apatia dei malati sono un grado elevato di arresto psicomotorio.

Di rado questo quadro morboso si sviluppa primitivamente. Questo modo di origine include uno speciale indebolimento od una vulnerabilità del cervello (tifo, puerperio) ed una rapida, ma intensa causa occasionale (skok, paura). Generalmente invece l'origine è secondaria e graduata; insorge da una malinconia semplice, per lo più alla fine di una forte ansia con disperazione e atti violenti.

Il disturbo della coscienza, in causa della possibilità di reazione notevolmente diminuita, appare in questi malati molto più forte di quanto è in realtà. Un attento osservatore scorge sempre nell'atteggiamento, nello sguardo ansioso, nell'intenzione di sottrarsi a tutto, resa impossibile dalle contratture muscolari, la persistenza dell'appercezione del mondo esterno.

Anche la circostanza che questi malati posseggono per lo meno un ricordo sommario e talvolta ricordano i più futili dettagli del periodo della malattia, prova che lo stupore loro non può essere grande.

Per l'incapacità di esprimersi di questi malati, soltanto nella convalescenza si ha la spiegazione sulle loro attitudini psichiche interne durante questo speciale e doloroso stato di arresto.

Certi malati, la cui ideazione sembrava una tabula rasa, dànno conto delle loro allucinazioni terrifiche in modo plastico, dei loro delirii, narrano di certi tetri pensieri di morte, di carneficine, di rovina dei loro parenti e dell'intero mondo. Nei casi più gravi l'intera vita si converte per tali malati in un vero stato crepuscolare, in cui le impressioni obbiettive esterne sono risentite soltanto confusamente, spaventevolmente ed ostilmente. Un'ansia spaventevole, vaga, priva di contenuto, ma paralizzante ogni energia, prende loro la coscienza ed i sensi e

rende impossibile una reazione motoria, mentre poi la coscienza del non più potere e del non più volere decuplicano l'ansia. In relazione a questo contenuto di coscienza i malati appaiono con ciera ansiosamente stupida, rigida come una maschera, privi di reazione, come statue sul piedistallo.

Il malato è tutto di un pezzo, i muscoli sono tesi ed in leggera contrattura flessoria (tetania) che, tentando di togliere il malato dalla passività, aumenta fino ad enorme resistenza, che può esser vinta solo con grande forza.

In casi più rari i muscoli non mostrano questa rigidità, questo stato di flessione permanente. Non oppongono cioè alcuna resistenza ai movimenti passivi, ma conservano lungo tempo la posizione loro impressa (stato catalettiforme) senza però offrire la flessibilità cerea. La quale anzi si ha soltanto in un piccolo numero di casi (catalessi).

Come fenomeno parziale del generale arresto psicomotorio si ha il mutismo.

Riguardo alla sensibilità, gli è un esame ben difficile perchè i malati non possono parlare e pel resto sono arrestati nella loro reazione. Per lo più la sensibilità è ben conservata ed è impedito soltanto l'esternarsi del dolore; in taluni casi vi ha anzi iperestesia temporanea, in rari e molto gravi casi trovasi un'anestesia da causa centrale.

L'azione cardiaca è per lo più accelerata, il polso è piccolo, celere, le arterie sono tese, contratte. È diminuito il turgore vitale, la pelle è secca, ruvida, i pazienti sembrano più vecchi di quello che realmente sono. La respirazione è lenta, superficiale, e perciò insufficiente, la temperatura del corpo subnormale (1), le secrezioni sono diminuite, le mestruazioni mancanti.

La nutrizione deperisce considerevolmente. L'alimentazione incontra resistenza passiva, che non di rado abbisogna della sonda. Quasi costante l'ostipazione dell'alvo, che spesso è molto ostinata. Nei casi più gravi, per lo più infausti, Dagonet ha osservato anche la scialorrea.

(1) Lamoure, *De l'abaissement de la température dans la lypémanie avec stupeur. Thèse de Paris.*

Se la malattia passa ad esito infausto, la rigidità del corpo e delle membra scompare e subentra uno stato di rilasciamento, con contratture soltanto parziali che tradiscono lo stato precedente. Il malato s'imbecillisce, si fa durevolmente sporco, la nutrizione migliora, il polso diviene tardo, si ha freddo, cianosi, ed edema delle estremità.

Il decorso è remittente con esacerbazioni. Dei periodi di diminuzione dell'arresto, in cui il malato può emettere lamenti o parole, però con voce fioca, incerta e tremante, ed in cui sviluppa una certa spontaneità, per es. nel mangiare, si alternano con dei periodi di completa immobilità e di arresto stuporoso.

Tutto ad un tratto, in mezzo al più profondo arresto, possono questi malati abbandonarsi a dei *raptus* contro se stessi o contro i vicini: questi ultimi specialmente si hanno quando i malati vengono stimolati a mangiare, a compiere i loro doveri, a vincere la loro passività.

I reperti anatomici sono l'anemia, la stasi venosa, l'edema della pia e del cervello. Nei casi cronici, passati a demenza, trovasi un'atrofia della corteccia. Questi disturbi, prima l'anemia e poi la degenerazione dell'organo psichico, corrispondono ad una profonda alterazione del medesimo, da principio certamente causato da un vaso-spasmo, in seguito da vaso-paralisi, azione cardiaca indebolita, idroemia.

Osservazione XIII.

Melanconia con stupore.

Tetania.

Gaudentius, 22 anni, di sana famiglia, fratello ad un monaco laico, ammalò in ottobre 1875 ed entrò in clinica il 14. 11. 75. Prima non aveva mai avuto malattie di qualche intensità. Era stato in un convento dove si era sentito ben presto illuso. Alla metà d'ottobre divenne chiuso, meditabondo, disamorato del lavoro, stentava a prender cibo. Essendo divenuto stupido e molto denutrito, fu condotto a Graz.

All'ammissione si mostra anemico, denutrito. Un po' rachitico il cranio, pupilla dilatata, tarda a reagire, polso tardo, neuralgia intercostale.

Coscienza molto turbata, pelle secca, fredda, cianotica. Passività, mutismo, sitofobia. Si usa riposo in letto, ferro, vino, nutrizione corroborante.

Alvo costipato, coscienza profondamente turbata, come in un sogno. Ciera dolorosa, contratta. Respirazione superficiale, pelle secca, fredda, cianotica.

Il nitrito d'amile non vince la contrazione vasale; il polso da 54 p. aumenta soltanto, e per poco, fino a 70. Tetania. Solo la ciera rivela il contenuto della coscienza. Talvolta è rumososo, inquieto, ansioso, si nasconde sotto il letto. Dorme poco, denutrisce notevolmente, decubito al sacro. Emissione involontaria di orine e di feci. Nel marzo 76 notasi miglioramento nella nutrizione, nella psiche e nella mobilità.

In aprile i sintomi melanconici migliorano, alza gli occhi, parla, cerca d'occuparsi, si veste da sè. Rimane ancora per molto tempo impacciato ne' suoi movimenti. Dal tempo dell'ammissione fino alla fine di marzo del 76 ha soltanto un oscuro ricordo che egli aveva grande ansia e non poteva muoversi. Gli pare d'aver dormito in tutto questo tempo. Alla fine di settembre 76 esce guarito.

Osservazione xiv.

Melanconia con stupore.
Coprostasi,
tolta la quale la malattia è andata rapidamente a guarigione.

Donna di 19 anni, ammessa il 5. 7. 73, coniugata, con due bambini, senza disposizioni ereditarie. A 25 anni trauma al capo senza conseguenza notevole. Fin da tempo era melanconica, di carattere irritabile, sensibile. In dicembre 72 crisi finanziaria di un figlio. Dopo ciò melanconia, depressione dolorosa profonda. Abulia, mutismo, non vuol mangiare. Se dice qualche parola è allusiva alla sua grande infelicità. Allucinazioni uditive. Poi subentra il quadro completo della melanconia stupida. Mestruazioni e funzioni vegetative nessun disturbo.

Status praesens all'ammissione. Nutrizione buona, cranio normale, profondo disturbo della coscienza. La persona è curva, le braccia son tenute contro al petto, vi ha una grande passività. La faccia è una maschera di dolore. Panofobia. Pelle secca, livida, stasi capillare, fetore dalla bocca. Meteorismo addominale e molte feci nell'intestino. Toni deboli, ma netti.

Cura: bagni tiepidi, iniezioni d'oppio. Certi dolori colici, poco appetito e poca defecazione suggerirono l'esplorazione dell'ano. Si rinvenne un'enorme colonna di sibbale fecali nel retto, paralizzato e ristretto nel suo lume. Con clisteri ed altri mezzi purgativi si ebbe un'enorme evacuazione di sibbale fecali. L'arresto motorio e la tensione diminuiscono tosto. Miglioramento psichico e somatico sempre progressivo. L'intestino viene regolato. Si occupa, legge. Il 5. 8 è licenziata guarita.

Ricorda la malattia come un cattivo sogno. Appena voleva fare qualche cosa, era subito contrastata da idee deliranti e da allucinazioni. La malattia si è sviluppata gradatamente. Fin da anni era sensibile, irritabile, insonne. Memoria lacunare di ciò che avvenne durante la malattia.

Decorso ed esiti della melanconia.

Dalla melanconia, come forma morbosa a sè, deve tenersi distinto lo stato melanconico, quale si trova nelle diverse neurosi e psicosi sotto forma di disturbo prodromico od intercorrente.

Come fenomeno prodromico trovasi assai di frequente nella mania un complesso sintomatico melanconico, come fenomeno intercorrente nella demenza senile, paralitica, negli epilettici, negli isterici, ipocondriaci, talvolta ancora nella paranoia primitiva. Soltanto la melanconia come forma morbosa a sè può essere oggetto di una trattazione clinica speciale.

Il decorso della melanconia è continuo, subacuto o cronico. Nelle forme a decorso subacuto il quadro morboso raggiunge presto il suo acme se si hanno l'ansia precordiale, le idee deliranti, i disturbi sensoriali; in quelle a decorso cronico lo sviluppo è lento. Il quadro morboso può per settimane e mesi mantenersi entro i limiti di una melanconia senza delirio. L'apparire ed il rendersi intenso dell'ansia precordiale costituisce una fase ulteriore, e finalmente le idee deliranti e le allucinazioni frequenti portano la malattia al culmine del suo sviluppo. Nel quale la malattia può perseverare per dei mesi.

La pazzia melanconica mostra in tutte le sue fasi remissioni ed esacerbazioni. Queste sono basate in parte organicamente, in parte psicologicamente. Quasi costantemente le remissioni si

hanno nella notte e nella sera, le esacerbazioni nel mattino. La ragione di ciò giace in gran parte nell'ansia precordiale, che nel giorno è solita ad aumentarsi.

La guarigione della malattia è graduata, non rapida, almeno nella pazzia cronica, ed essenzialmente melanconica. Le remissioni divengono man mano più profonde e durevoli, il sonno e la nutrizione migliorano, il malato comincia a dubitare della realtà delle sue idee deliranti e delle sue allucinazioni, e finalmente queste scompaiono.

In rari casi si è osservato nella melanconia con stupore una guarigione nel ciclo di pochi giorni, nel quale termine si sono ristabilite normalmente le condizioni circolatorie e riassorbiti gli edemi.

La durata complessiva della melanconia come forma morbosa a sè comprende degli anni. La prognosi, qualora si computino gli esiti felici che si hanno fuori dei manicomi, è fausta. Molti casi, fra questi ultimi, rimangono entro i limiti di una melanconia senza delirio o precordiale, e passano a guarigione senza la comparsa delle idee deliranti o dei disturbi sensoriali. Una prognosi più grave ammettono gli stati di melanconia semplice passati a melanconia con stupore. Facilmente quest'ultimo stato conduce a considerevole indebolimento psichico. Ciò è anche più a credersi riguardo alla vera e primitiva melanconia con stupore, la quale ad ogni modo anche prognosticamente è a considerarsi come la forma più grave; però nell'età giovanile e dietro ragionata ed opportuna cura, di frequente si hanno dei buoni risultati.

In generale le forme di melanconia attiva, che hanno un decorso per lo più subacuto, ammettono una prognosi più benigna che non i casi di melanconia passiva; in quest'ultima, massime nei vecchi, vi è il pericolo dell'esaurimento e della inanizione.

Oltre all'esito in guarigione, che si ha in circa il 60 0[0 dei casi, oltre a quello letale, al quale talvolta si arriva per diarrea colliquativa (stasi venosa intestinale), tubercolosi polmonare per alterata nutrizione, in rari casi anche per paralisi cere-

brale progressiva, è a ricordarsi l'esito in uno stato d'indebolimento psichico.

Lo stadio terminale di una melanconia non guarita può essere una paranoia secondaria od una demenza. Quest'ultima è non di rado l'esito diretto della melanconia con stupore, mentre nella melanconia semplice con esito infausto si osserva più spesso la paranoia.

Terapia.

Sul trattamento dei melanconici possono aver luogo le seguenti considerazioni generali:

1. Si procuri al malato un completo riposo corporeo e mentale, si tengano lontani gli stimoli del cervello malato (distrazioni, esortazioni, cose religiose, ecc.) e si ricordi bene che quelle impressioni le quali riescono gradite allo stato normale, qui non farebbero se non aumentare il dolore psichico.

Questa indicazione è tanto più importante quanto più grande è l'iperestesia psichica, quanto più acuto è il caso. Pei più dei melanconici il riposo in letto è la prescrizione medica più importante ed il più grande benessere. Massime nei melanconici, con o da anemia cerebrale, non si dà alcun miglior mezzo di calma.

2. Sorveglianza e difesa del malato; proteggerlo dalle offese contro sè stesso, impedire che ne faccia ad altri. Ogni melanconico può ad un tratto attentare alla propria vita od essere altrimenti pericoloso. La sorveglianza deve essere incessante. La sagacia e la costanza di questi malati nel tentar di mandare ad effetto le loro intenzioni suicide è spesso ammirevole.

La camiciola di forza non è punto una garanzia contro il suicidio (1).

3. Sorveglianza dello stato delle forze e delle condizioni di nutrizione. L'insonnia, gli affetti, l'uso sregolato dei cibi,

(1) Neumann, *Lehrb.* p. 203.

con assimilazione spesso turbata da affezione catarrale delle vie digestive, dispongono all'inanizione, all'esaurimento, alla tubercolosi, quando esista il terreno per questa. Si amministri per ciò a questi malati un vitto corroborante, facilmente digeribile, ricco in materiali proteici. Spesso questa indicazione è difficile ad eseguirsi in causa del rifiuto dei malati a cibarsi. Per combattere questo sintoma razionalmente, è necessario conoscerne il perchè. Le cause della sitofobia possono essere diverse.

Talvolta trattasi semplicemente di un catarro della bocca, dello stomaco o dell'intestino, un opportuno trattamento del quale vince il ribrezzo al cibo; non di rado la causa è una grande costipazione, superando la quale coi mezzi opportuni scomparirà la sitofobia. Più spesso il motivo è psichico. In alcuni casi, specialmente quando la melanconia è in individui limitati di mente originariamente, la sitofobia è basata semplicemente su questo motivo, di mettersi cioè in opposizione contro il mondo esterno da essi dolorosamente ed ostilmente risentito.

Il fingere di non accorgersi di queste idee d'opposizione conduce spesso alla loro scomparsa, o riesce a far mangiare sufficientemente i malati, ponendo come a caso del cibo vicino ad essi, ma fingendo che non sia per loro e così rendendo possibile a questi d'impadronirsene non visti.

Nella melanconia attonita la sitofobia è conseguenza della alterata appercezione e del generale arresto psicomotorio. In questo stato il malato morrebbe di fame perchè non avverte più i suoi bisogni corporei, non collega più le idee, non è capace di arrivare ad un'azione da un dato motivo. In questi casi basta non di rado un'energica esortazione per smuovere i malati; è necessario un intervento attivo; così la resistenza è spesso vinta presentando al malato il cucchiaio o la biberola.

In certi melanconici il rifiuto al cibo è cagionato da motivi religiosi, da delirio di peccati, intenzione di fare penitenza; non di rado, come motivo, si ha a che fare con idee di depra-

vazione dell'individuo, che non si crede più degno del cibo, che lo sottrae ai poveri ed a quelli che ne sono degni; oppure esiste il delirio nihilistico che non vi è più nulla, che tutto è finito, che esso non può pagare. In altri malati sono le illusioni gustative od olfattive, ed il consecutivo delirio di avvelenamento e d'impulizia, la causa del rifiuto al cibo. Nella melanconia ipocondriaca possono le alterazioni della sensibilità generale ed i successivi deliri (ostruzione della bocca, dell'ano, degli intestini, corpo morto, privo di organi, stomaco scomparso ecc.) essere la causa della sitofobia. Talvolta il malato sitofobo ubbidisce a voci imperative, raramente cerca di togliersi la vita per tal mezzo. Quando alla sitofobia si uniscono idee deliranti, allucinazioni, *taedium vitæ* spesso non deve tardarsi a ricorrere alla alimentazione artificiale.

4. La lotta contro l'insonnio, causa di esaurimento, motivo di idee deliranti e di allucinazioni, consiglia mezzi opportuni. La morfina in questi casi conviene meno del cloralio, il quale tuttavia non può essere somministrato a lungo e progressivamente; migliore è l'oppio, ottimi riescono i bagni tiepidi, massime prolungati, i bagni senapati, gli impacchi di Priesnitz. Negli anemici giovano spesso gli spiritosi, massime la birra forte per procurare il sonno; raccomandasi anche in tali casi di somministrare il pasto maggiore alla sera.

5. Uso dei rimedi empiricamente provati e sintomaticamente utili. In prima linea stanno i bagni tiepidi di 26-28° R., prolungati per ore secondo le circostanze; l'oppio, il quale è specialmente indicato nella melanconia precordiale ed agitata, poi nei casi a base anemica ed alcoolica, nei casi acuti e nelle donne. Si cominci colla dose di 0,03 2 volte al giorno e si cresca rapidamente di circa 0,02 nel corso di 2 giorni. L'azione benefica del rimedio, là dove è indicato, si esterna sopratutto nel procurare il sonno e la calma. L'azione tossica non si manifesta, o di rado, ed anche l'azione stiptica, che da principio esercita, si dilegua presto e le feci divengono morbide ed abbondanti. Il miglior mezzo di amministrazione è quello dell'oppio acquoso (estratto) per via ipodermica.

I fenomeni congestivi non lo controindicano di per se; non si diano però le dosi massime.

Se per caso la somministrazione non può esser fatta per via ipodermica, si dia l'estratto d'oppio acquoso per bocca insieme ad amari od a vino meridionale.

6. In complesso è necessario un minuzioso adempimento di tutti i precetti igienici nei casi gravi di melanconia passiva e con stupore. Tutti questi malati devono rimanere durevolmente in letto, onde si combattono le stasi sanguigne e l'insufficiente termogenesi.

La dieta deve essere abbondantemente proteica, ma non deve riuscire stimolante delle vie digestive; meglio degli altri cibi riescono a questo scopo latte e latticini. Non meno importante è il procurare le deiezioni alvine una volta al giorno, ma i drastici sono da tenersi lontani. L'insufficiente respirazione può consigliare i senapismi, la faradizzazione dei muscoli del petto e del diaframma. Contro la depressione dell'attività cardiaca sono indicati gli alcoolici, ed eccitanti in genere, massime il vino buono e vecchio e, secondo le circostanze, l'etere e la canfora.

Se inoltre il polso è convulso, contratto, possono riuscire utili il nitrito d'amile o l'uso abbondante di grog, di acqua zuccherata calda con acquavite. Questi mezzi procurano il sonno meglio dei narcotici. La diminuita attività della cute può indicare l'uso dei bagni di crusca, sapone, aceto. L'oppio in queste condizioni morbose non giova, riesce anzi piuttosto dannoso.

CAPITOLO II

Mania (1).

Come fenomeni fondamentali della pazzia maniaca si hanno un'alterazione del sentimento di se stesso, nel senso di un umore preponderantemente gaio, ed un decorso abnormemente accelerato degli atti psichici fino alla completa sconnessione nel lato psicomotorio della vita psichica.

La mania costituisce quindi un quadro opposto a quello della melanconia. Così altrettanto poco come in questa, le anomalie del tono fondamentale affettivo si possono spiegare esclusivamente coll'alterato decorso (qui accelerato) delle attività psichiche, quantunque non possa mettersi in dubbio che un'influente sorgente di sensazioni piacevoli pei malati risulta dalla coscienza dell'agevolato movimento psichico, dalla caduta di ogni idea arrestatrice (2).

(1) Letterat.: Esquirol, malattie mentali; Prichard, *Treatise on insanity*, 1835, p. 71; Jacobi, *Die Hauptformen der Seelenstörung;* Spielmann, *Diagnotik;* Wunderlich, *Pathol.* II, *Abth.* 1, p. 1348; Falret, *Mal. ment.* p. 318; Morel *Traité des mal. ment.* p. 471; Jessen, *Berlin. encyclop. Wörterbuch* XXII, 1840; Wachsmuth, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 15, p. 325; Meynert, *Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk. 1871*, e *Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte in Wien* 1875, 10; Schüle, *Handb.* p. 416 e 464; Mendel, *Die Manie, eine Monographie*, *Wien* 1881.

(2) Mendel (op. cit. p 174) ritiene che l'anomalia dell'umore sia un sintoma accessorio e secondario, dipendente dal contenuto delle idee presenti, dal decorso facilitato di esse e dai maggiori o minori impulsi ai movimenti. Egli definisce per ciò la mania come una « malattia funzionale del cervello, caratterizzata da un acceleramento morboso nel corso delle idee e dall'eccitabilità morbosamente aumentata dei centri cerebrali motori ». A ciò deve esser contrapposto che si dànno dei periodi nella mania in cui il malato è amenomaniaco, senza presentare affastellamento di pensieri ed ideorrea e che l'acceleramento delle idee non va punto parallelo al grado del sentimento gaio di se stesso. Finalmente si ha ideorrea nei deliranti, febbricitanti ecc., senza concomitante umore allegro, e all'inverso può l'abuso dell'alcool produrre l'umore allegro, senza che per questo sia contemporaneamente accelerato il corso dei pensieri.

Entrambi questi fenomeni fondamentali sono a considerarsi come coordinati gli uni agli altri e trovano verosimilmente la loro base funzionale in un più facile consumo di forza vitale, anatomicamente fondato sopra una grande ricchezza in sangue dell' organo psichico.

Anche per la mania si possono distinguere due forme, diverse solo per gradi e che spesso passano l'una nell'altra: una leggera l'*esaltamento maniaco*, l'altra grave, la *mania con furore.*

1. Esaltamento maniaco (1).

Sintomi psichici. — Il contenuto della coscienza è il piacere, il benessere psichico. Questo è del pari non motivato nelle circostanze del mondo esterno, come lo stato opposto di dolore psichico del melanconico, e quindi è riferibile soltanto ad una causa interna organica.

Il malato se la gode ed annuncia, dopo guarito, che egli giammai ai suoi giorni si è sentito così sollevato e felice come durante la malattia. Questo piacere spontaneo prova considerevoli aumenti per l'alterata appercezione del mondo esterno, per la conoscenza dell'agevolato passaggio delle idee in sentimenti piacevoli e per sensazioni generali piacevoli, massime nel campo della sensibilità muscolare (tono muscolare elevato). Con ciò si eleva transitoriamente l'umore gaio, fino all'acme degli affetti piacevoli (sfrenatezza, arroganza), i quali trovano la loro esternazione motoria nel canto, nel ballo, nel saltare e negli atteggiamenti liberi.

Accanto all'intimo disturbo nel campo affettivo ve ne ha prima uno formale, un'aumentata eccitabilità (iperestesia psichica), contrassegnata da ciò che, alle percezioni sensoriali e alle idee riprodotte, invece di semplici sensazioni, si associano affetti i quali, travolti nell'umore fondamentale padroneggiante, sono affetti piacevoli e si avvicendano in modo abnormemente facile. Quindi ne viene di necessaria conseguenza un'alterata

(1) Sinonimi: ipomania Mendel; mania senza furore.

appercezione del mondo esterno. Invece del fosco grigio che appare ai melanconici in base alla loro disestesia psichica, nei maniaci tutto appare con vivi colori, interessante. Il maniaco cerca le impressioni, va in società, viaggia, all'opposto del melanconico che evita od aborre simili cose.

L'effetto complessivo dell'alterata facoltà di appercezione del mondo esterno e della propria personalità, è un aumentato sentire di sè, che trova molto la sua espressione anche nell'acconciatura, nella toeletta.

Comunque le disposizioni gaie siano il fondamento affettivo della pazzia maniaca, non sono però affatto escluse le disposizioni opposte. Queste, nell'illimitata associazione delle idee e nel loro vivace accentuarsi nei sentimenti, possono essere evocate da idee contristanti, ma di frequente sono artificialmente richiamate dalla limitazione nella libertà dei malati, da rifiuto ai loro desiderii; allora anche il sentimento di se, morbosamente elevato, viene ad essere turbato. Queste dolorose ed iraconde disposizioni sono però soltanto episodiche e vengono di nuovo travolte rapidamente sotto il treno celere del corso delle idee, apportatore di disposizioni gaie e successive.

Nel campo della ideazione si rende manifesta la celerità nel consumo della forza psichica per mezzo di una riproduzione, associazione, combinazione delle idee notevolmente agevolate, che apportano necessariamente una piena della coscienza e stanno in vivace opposizione colla monotonia e l'arresto nel corso delle idee, quali si hanno nei melanconici.

Colla riproduzione ed appercezione agevoli e coll'accentuarsi più intenso delle sue idee ed appercezioni, il malato diviene più plastico nella sua dizione, vede tosto il nodo delle questioni, i difetti, le singolarità di chi lo circonda, è rapido nei suoi poteri comprensivi e, per l'accelerata associazione, diviene questionatore, spiritoso, umoristico fino all'ironia. La piena della coscienza presta al malato materiale inesauribile di parole e l'enorme acceleramento della sua ideazione, nella quale la connessione degli argomenti lotta colla velocità del pensiero,

che talvolta non arriva a esternarsi colle parole, lascia apparire il corso del pensiero continuamente a sbalzi.

L'aumentato sentire di se disdegna spesso il linguaggio parlato e si rivela nello scritto. Dai disturbi del contenuto ideale, nei diversi gradi della pazzia maniaca, si giunge almeno episodicamente all'obbiettivazione allegorica dell'aumentato sentire di se stesso. Il malato si paragona ad un personaggio considerevole senza però identificarsi con esso.

Però la sua coscienza è poco turbata. Egli conserva sempre la critica non ostante il suo stato, e la sua coscienza fa fede delle sue condizioni abnormi. Il malato, per scusare le sue azioni precipitose, fa valere, in mancanza di meglio, che egli è un pazzo e che ad un simile soggetto tutto è permesso.

Vi possono essere anche le allucinazioni, almeno transitoriamente: queste però vengono corrette, e sono poco o punto valutate. Piú frequenti sono le illusioni, rese possibili dall'enorme acceleramento delle attività psichiche.

Dal lato psicomotorio della vita psichica, i disturbi si esternano sopratutto con aumentata attività volitiva ed impulso ad agire, ma tutti gli atti dei malati, per distinguerli da quelli della mania con furore, sono ancora psichicamente elocubrati e si aggirano nella sfera della coscienza.

I motivi di ciò sono condizioni affettive od idee notoriamente coscienti. Sono atti corrispondenti a quelli della vita fisiologica, soltanto anomali per ciò, che essi portano in se l'impronta del precipitato, dell'imprevisto, del disordinato, del petulante, dello scandaloso ecc., senza che però si possano definire insensati.

Le particolarità più importanti di questa volontà aumentata dei maniaci furono escogitate altrove (vol. I, p. 102).

Clinicamente questa esaltazione rivelasi, nel campo psicomotorio, colla tendenza a visitar le osterie, a ritornare alle antiche amicizie e conoscenze, smania di viaggiare, di trovar tutto meraviglioso, colla mania di scrivere, di comprare. La scomparsa di queste tendenze, oppure il successivo apparire di idee arrestatrici o contrastanti, fanno apparire questi atti, a sè e per sè,

non insensati, ma soltanto precipitosi, sregolati, con mancanza di idee etiche capaci di tenere in regola la morale e la decenza. Il vivace accentuarsi di tutte le percezioni con un sentimento di piacere rende questi malati bramosi, il loro morboso sentire di sè li fa apparire importuni, millantatori, che sempre vogliono aver ragione; la rapidità con cui si dileguano i motivi al movimento li rende instabili, incapaci di occupazione, di finire ciò che hanno cominciato.

Non in tutti questi malati gli stadi della malattia sono sviluppati completamente fino al loro acme; presso alcuni è aumentata la parlantina, in altri la volontà (1), in altri l'umore gaio (amenomania); nel maggior numero delle forme essi sono rappresentati da una semplice iperattività, ed hanno ora un colorito erotico, ora religioso.

Non vale la pena di designare con nomi speciali queste multiformi varietà cliniche.

Quasi per regola, nelle donne sempre, nell'esaltamento maniaco la sfera sessuale occupa il primo posto nella coscienza. L'istinto sessuale si esterna sempre sotto forma di disturbo superficiale della coscienza ed è tollerabile; negli uomini con smania di far la corte, con matrimoni precipitati, ambiguità nel conversare, visite spesse ai bordelli; nelle donne con tendenza a ben acconciarsi, ad ungersi, ad andare in società signorili, a civetteggiare, a parlare di matrimoni e di cose scandalose, a tessere intrighi amorosi, a sospettare sessualmente delle altre donne.

Col medico si esterna una grande confidenza e predilezione a parlare di cose sessuali. Assai spesso l'eccitamento sessuale si esterna qui con un'equivalente esaltazione religiosa, tendenza a pregare, pellegrinare, prender parte alle missioni, andare in chiostro e così procurarsi il cielo, od almeno col divenire cuoca

(1) Non di rado la tendenza a raccoglier tutto dipende in parte da mancanza di ogni ritegno (a scopo di nutrimento, adornamento, nell'idea di raccogliere pietre preziose ed oro), in parte da furore cieco, desiderio di esser nocivi agli altri, da illusioni ecc.

del parroco e parlar molto del proprio pudore e della propria verginità.

Assai spesso esiste, in questo stato d'esaltamento, un bisogno esagerato di mezzi di godimento e di eccitanti nervosi, che è appagato mediante cibi molto conditi, col fumare, tabaccare, bere caffè forte e vini spiritosi. Simili eccessi producono facilmente aumento nell'esaltamento maniaco, fino all'acme della mania con furore.

Sintomi della sfera somatica.

Presso a poco costante in questi stati è il disturbo del sonno. I malati dormono solo poche ore, si svegliano a metà della notte e si aggirano per casa o per la strada.

Nel campo della sensibilità generale trovasi un esagerato senso di benessere corporeo, di forza vigorosa e di elevata capacità funzionale. Il malato non può trovare parole sufficienti per esprimere il suo benessere maniaco, la sua ipersalute. Non subentra mai un senso di stanchezza corporea, neppure dopo marce forzate o dopo sforzi di altro genere.

Il malato invece è sempre fresco, sembra più giovane, il suo turgore vitale è aumentato, la sua ciera è bella, le sue funzioni vegetative si compiono rapidamente, il suo appetito è aumentato, il malato non trova campo di soddisfare pienamente al bisogno di muoversi.

Nonostante tutti i fenomeni di un aumentato ricambio e ad onta della buona assimilazione, il peso del corpo tuttavia diminuisce.

Specialmente aumentato è il tono muscolare. La musculatura appare tesa e turgescente, l'atteggiamento è energico, la sicurezza e velocità dei movimenti è maggiore che allo stato normale. I movimenti si seguono pronti, sembra che lo stimolo volitivo ecciti velocemente i centri motori. Il malato è cosciente di questa agevolata innervazione e coordinazione e ne attinge nuova lena pel suo buon umore e per le sue imprese.

Comparsa e decorso. — L'esaltamento maniaco appare di rado come forma morbosa che abbraccia l'intera durata dei disturbi psichici, molto più spesso invece come fenomeno. Come tale costituisce uno stadio prodromico o di remissione della mania con furore od uno stadio di passaggio ad altri stati di pazzia, oppure figura come una fase della pazzia circolare od isterica. Come quadro prodromico trovasi nella paralisi generale, ma qui specialmente colorita dai fenomeni presto apparenti di indebolimento mentale.

Come forma a se trovasi anche spesso in forma di accessi periodici (pazzia periodica maniaca), ma qui in base ad uno stato degenerativo, con colorito ragionante ed impulsivo.

Nei rari casi in cui l'esaltamento maniaco si rivela come psicosi a se e non periodica, per lo più è preceduto da uno stadio melanconico prodromico. Il suo decorso è remittente ed esacerbantesi, la sua durata abbraccia settimane e mesi. Può retrocedere, ma la guarigione è graduata, non rapida e può coincidere con uno stadio di esaurimento, corrispondente ai leggeri disturbi pregressi e quindi di breve durata. In altri casi, massime per eccessi sessuali ed alcoolici, passa alla mania con furore. La prognosi, in questa forma mite di pazzia maniaca, è fausta e non sono a temersi gli indebolimenti psichici come nella mania con furore.

Terapia. — Il mezzo più influente è un isolamento proporzionato all'elevatezza dell'eccitamento e l'allontanamento dagli stimoli morbosi, massime dagli eccessi. In molti casi può bastare l'ospedale od anche l'isolamento per qualche tempo. Contro l'insonnio e l'agitazione notturna giova il cloralio; i narcotici, massime l'oppio e la morfina, così utili nei casi periodici, qui non hanno alcuna azione benefica, ma forse aumentano l'agitazione.

Al contrario i bagni tiepidi, massime prolungati, di rado mancano all'effetto calmante del sistema nervoso; tuttavia la loro azione dura soltanto alcune ore.

Negli stati d'eccitamento sessuale s'impiega il bromuro di potassio. Nello stesso tempo bisogna vegliare accuratamente contro la masturbazione.

Osservazione XV.

Esaltamento maniaco nel puerperio.

Donna di 28 anni. Madre pazza a 36 anni, sorella sordo-muta. Sana, robusta. A 18 anni ebbe il primo, a 20 il secondo figlio; poi vennero altri quattro parti; il penultimo figlio fu staccato dalla poppa a 20 mesi. Nell'ultima gravidanza ebbe frequenti accessi di debolezza e di esaurimento psichico. Si sgravò abbastanza bene. Allattò per 16 giorni; poi, in seguito a paura per repentina malattia del marito, divenne insonne, delirante, vide i genitori morti, entrò in commercio colla Madonna. Vedeva tutto in senso ostile, era disorientata, confusa.

Alla sua ammissione, 22. 8. 80. era scomparso il delirio puerperale iniziale. Senza febbre, lucida, conscia del trascorso delirio; offrì invece i fenomeni di un leggero esaltamento maniaco che si imposero come fase di remissione di una mania puerperale incipiente acuta ed allucinatoria. L'ulteriore decorso non giustificò quest'ipotesi.

La paziente si mantenne fino alla convalescenza in uno stadio di esaltamento maniaco. Durevolmente gaia, irrequieta, dedita a discorsi umoristici, si dice moglie di un altro uomo, crede che il marito abbia un'altra moglie. La coscienza non è profondamente turbata; la malata ha in certo modo coscienza del suo stato morboso, ma crede di essere buona cristiana e che il delirio non le possa pregiudicare. Grande celerità nel corso delle idee, è inesauribile, erotica senz'essere indecente. Deve cantare e ballare, per togliere la noia alle altre malate.

Le notti da principio furono insonni e agitate, ma ciò scomparve dietro uso di birra e vino.

La malata è di media statura, non ha segni di degenerazione, nè malattie vegetative, è però assai anemica. L'utero è ben involuto, il polso è piccolo.

Come fenomeno transitorio si nota che, in un medico militare venuto a visitare la clinica riconosce l'imperatore, in un altro signore il principe ereditario. Delirio palingnostico. Non si osservarono allucinazioni. Alla metà di dicembre è ordinata, calma, cerca ed aggradisce le visite dei parenti. Il 21, 12 riappaiono le mestruazioni. La cura si limitò all'isolamento, alla buona nutrizione, ai bagni, ai ferruginosi. Aumento nel peso di 3 kgm. Licenziata il 14. 1. 81.

OSSERVAZIONE XVI.

Esaltamento maniaco.

Hendl Giuseppe, 48 anni, ammesso il 18. 12. 78. Nessuna disposizione ereditaria, prima sano, ma dato al vino. Da molti anni presenta intolleranza per gli alcoolici e grande emotività. Eccessi di bere e dispiaceri avevano prodotto in lui degli accessi di mania nel 73 e nel 75, dei quali era guarito dopo 2-3 settimane.

Dopo una lite cercò pace nel vino il 17. 12. 78. Il 18 si svegliò impressionato, violento. Andò in chiesa per pregare e gli sembrò di non poter far ciò e di avere il cuore spezzato. Di nuovo diede mano alle bottiglie. Fu arrestato per strada mentre gesticolava, cantava, importunava i passeggeri.

All'ammissione è molto gaio, è il primo cittadino di Graz. Insegna al medico e filosofeggia, vede tutto possibile, è in preda a vivace agitazione motoria, declama, prega, domanda baci al medico. I pensieri non hanno il tempo di tradursi in parole. Sembra più giovane, la ciera è bella, il capo è congestionato, puls. 120. Nessun'alterazione degli organi vegetativi se non se un po' d'enfisem polmonare.

La forma morbosa offrì in seguito un quadro di remittenze ed esacerbazioni, non giunse però mai alla mania con furore. Dorme al più qualche ora. Comincia a far scherzi e burlette, dà problemi a sciogliere. Si rivela in lui un vero bisogno di parlare. Sotto l'uso dei bagni prolungati, della digitale e del cloralio scomparvero gradatamente i fenomeni dell'esaltamento maniaco e la flussione. Non entrò in uno stadio di esaurimento postmaniaco.

Il 16. 4. 79 esce guarito.

2. MANIA CON FURORE (*Tobsucht*).

Un più elevato grado della mania di quello che si ha nello esaltamento maniaco, costituisce la mania con furore. La denominazione di mania con furore, originatasi dal contegno infuriato del malato, ha bisogno di una restrizione scientifica. L'agitazione furiosa è un semplice sintoma, la mania con furore invece è un determinato stato morboso che entra dentro la cornice della mania. L'agitazione furiosa dei melanconici per

ansia, degli allucinati (delirio epilettico, isterico, alcoolico, febbrile) in base ad illusioni sensoriali terrifiche, non deve andar confusa con quella della mania. I contrassegni decisivi della mania con furore sono un' acceleramento delle attività psichiche, fino alla dissociazione delle stesse, in cui l' io del malato ha perduto ogni direzione e non può più rientrare nel corso spontaneo degli atti psichici. Oltre a ciò esistono fenomeni d' eccitamento diretto nell' organo della coscienza.

Consistono questi in attitudini stimolatrici dei centri psicomotori del cervello anteriore, che danno luogo ad atti motori, i quali contengono veramente ancora in se l' impronta di atti psichici, ma si mostrano senza disegno e scopo, senza intervento della volontà ed anche della coscienza, e debbono quindi essere considerati come atti puramente istintivi. Questi finiscono per togliere di mezzo gli atti volontari in seguito a quelle idee e sensazioni piacevoli che si hanno anche nell'esaltamento maniaco semplice. Come fenomeni ulteriori e di rado mancanti, sono a ricordarsi i deliri ed i disturbi sensoriali. Corrispondente alla profonda malattia dell'organo psichico esiste anche un notevole disturbo della coscienza.

Una più prossima indagine del quadro morboso rinviene, nel lato affettivo e nei rapporti formali, un' elevatissima eccitabilità (iperestesia psichica), in causa della quale tutte le impressioni che prova la coscienza si accentuano ed accompagnano con affetti vivaci. Anche qui, come nell'esaltamento maniaco, dominano gli affetti espansivi, ma non sono esclusi però gli affetti opposti, massime quello dell' ira; anzi vi sono dei rari casi in cui gli affetti dell'ira prevalgono per tutta la durata della malattia (mania irosa, furiosa). Questa varietà clinica del quadro morboso è in parte basata su di una organizzazione cerebrale originaria anomala (disposizione, carattere irritabile e furioso per eredità), in parte è artificiale (reclusione, camiciola di forza), in parte è un fenomeno di reazione ai deliri terrifici, alle illusioni sensoriali ed alle complicanti sensazioni d'ansia.

Richiamata, per un qualsiasi di questi momenti, la disposizione alla collera, si origina allora, per la grande eccitabilità dei malati, una riproduzione dolorosa secondaria delle idee, le quali, al contrario di quanto si ha nella melanconia agitata, posseggono il carattere dell' ideorrea e della successione continua ed alimentano poi la disposizione alla collera. I malati di mania puramente furiosa sono i più rari; più frequenti sono i puramente espansivi, frequentissimi i misti, vale a dire quelli nei quali, per la grande eccitabilità ed il rapido scambio delle idee con contemporanea sfrenata associazione, si ha un variopinto alternarsi di affetti a contenuto diverso. Poichè l'io, in seguito all'abnorme acceleramento degli atti psichici, per la scomparsa di tutti gli arresti, diviene impotente e rimane in balia dell'eccitamento, questi affetti sono esternati coll'accompagnamento di tutto quanto l' apparato mimico e motorio. La più completa piacevolezza ed il giubilo maniaco si alternano con fasi di eccitamento iroso e di gemiti dolorosi. Canti, fischi, risa, ecc. si alternano con pianti e smanie furibonde. Spesso basta una leggera impressione esterna per cambiare il tono delle disposizioni dell' animo.

L' enorme acceleramento del corso delle idee conduce alla ideorrea e poichè nessuna specie d' idea può più esser rattenuta, non vi sarà più alcun legame logico delle idee, fino alla confusione completa. (Eccessivo affollamento delle idee nella coscienza, associazione minima, soltanto legata all'assonanza ed all'alliterazione, eccitamento spontaneo, non associatorio, delle idee).

Con ciò va necessariamente perduto il legame logico delle idee e la forma grammaticale delle parole. Frammenti di proposizioni, parole senza significato, interiezioni, grida sono le espressioni parlate di un alto grado di ideorrea e confusione maniaca.

L'appercezione, in causa dell'enorme ridda delle idee, è imperfetta, lacunare e facilmente arriva alle illusioni.

Le allucinazioni possono verificarsi in ogni tempo ed in tutti i campi sensoriali. Esse si osservano specialmente nelle forme a decorso acuto, massime nella sfera visiva.

Quasi generalmente esistono anche le idee deliranti. Appaiono prevalentemente in seguito alle illusioni sensorie, poi come delirii primordiali, di rado come passeggeri tentativi di schiarimento dello stato di coscienza e delle sensazioni presenti. Il loro contenuto è indeterminato, ma tuttavia prevalentemente espansivo (delirio di grandezza). Di frequente, massime nelle donne, esse hanno un colorito sessuale o religiosamente equivalente. Qui vanno designate le idee deliranti di essere la madre di Dio, possedute dallo Spirito Santo, di aver partorito Gesù bambino. Nella mania furibonda può il delirio di persecuzione, massime a colorito demonomaniaco, costituire il nucleo delirante degli affetti.

Queste idée deliranti, corrispondentemente alla facilità ed all'acceleramento di tutti gli atti psichici che non lasciano campo a riflessione, sono instabili e soltanto di rado, solo nella mania cronica, conducono ad uno svisamento duraturo della coscienza, con possibile esito in paranoia secondaria. I fenomeni più importanti li offre la sfera psicomotoria del quadro morboso, dal quale ordine di disturbi esso ha attinto il suo nome. Il malato, non palesando mai alcuna pausa d'esaurimento, è in continua attività e non vi è gruppo muscolare che, l'uno dopo l'altro, non sia chiamato in azione. Gli atti motori dei malati sono motivati in modo assai diverso.

Nel passaggio dall'esaltamento maniaco alla mania e nelle remissioni di questa possono aversi degli atti intenzionati; però le idee che li provocano, in seguito all'aumentato acceleramento delle attività psichiche e all'aumentato turbamento della coscienza, faran sì che quelli siano sempre meno considerevolmente coscienti, diminuiscano sempre più e siano superati dagli atti impulsivi; inoltre trovansi ancora degli atti psichici riflessi prodotti da affetti piacevoli (ballare, cantare) o dall'ansia e dall'ira.

Nell'acme della malattia questi movimenti, da causa psichica, appaiono senza il menomo ordine. Sono messi in giuoco da stimoli diretti nei centri psicomotori; oltre a ciò trovansi degli atti prodotti dalle idee deliranti e dai disturbi sensoriali.

Molto spesso, nella mania con furore è altresì eccitato l'istinto sessuale ed i casi nei quali questo occupa il posto principale nel quadro morboso si sono designati con nomi speciali: *satiriasi* nell'uomo e *ninfomania* nella donna.

Il profondo disturbo della coscienza, diversamente da quanto si ha nell'esaltamento maniaco, lascia scaturire l'istinto a nudo e senza ritegno.... in forma di dirette aggressioni delle persone di altro sesso, con onanismo in pubblico, con movimenti del bacino come di chi eseguisce il coito.

Senza dubbio nella donna il continuo sputacchiare, il soddisfare ai bisogni naturali in presenza del medico, la speciale acconciatura dei capelli, l'imbrattarsi il corpo collé feci, colla saliva, col sangue mestruale e coll'urina, gli insulti alle altre malate con parole da postribolo possono essere considerati come fenomeni equivalenti.

Il disturbo della coscienza si presenta sotto forme molto diverse, in generale è tanto più grande quanto più acuto è il decorso. Di pari passo va il ricordo delle cose passate durante l'acme del disturbo della coscienza. Nella mania cronica questo ricordo può essere inalterato; quando il decorso è acuto, questo ricordo è per lo meno sommario. Una completa amnesia non si ha nella vera mania.

Sintomi somatici. — Un fenomeno costante anche in questa forma è il disturbo del sonno, che può mancare per settimane. Spesso si hanno anche delle flussioni al cervello, che raramente sono a considerarsi come fenomeni causali, per lo più invece come consecutivi. (Reazione attiva per eccitamento funzionale del cervello, od anche diminuita resistenza per vaso-paresi).

La frequenza del polso, per l'eccessiva attività motrice a sè e per sè, è poco aumentata. Nonostante la violenta agitazione, il polso è spesso più rallentato che accelerato e più piccolo che pieno.

Il calore del corpo è normale, e così il leggero elevamento di temperatura prodotto dal forzato lavoro muscolare è più che compensato dall'aumentato consumo di calore in seguito all'insufficienza degli indumenti. Un considerevole aumento di

temperatura ed un durevole elevamento al di sopra di 38°, quando non sia riferibile ad una malattia somatica complicante, deve sopratutto dar a pensare se invece di una mania si tratti di un delirio acuto o di uno stato d'eccitamento psicomotorio per malattia organica cerebrale di altra natura.

Nei primi stadi della mania il turgore vitale è aumentato, il malato si vede più giovane e più fresco. Quando la mania dura molto diminuiscono la nutrizione e lo stato delle forze e si può giungere fino ai fenomeni d' inanizione.

Sempre il processo morboso nel suo acme è accompagnato da diminuzione nel peso. Le secrezioni possono essere normali. Spesso l'urina è abnormemente ricca in fosfati. Un fenomeno specialmente frequente è la scialorrea, la quale accompagna specialmente le esacerbazioni delle psicosi.

I disturbi sensitivi hanno nei maniaci un piccolo giuoco. Talvolta nelle remissioni essi si lagnano di mal di capo. Occasionalmente si hanno delle anestesie, fra le quali specialmente va compresa l'insensibilità, il freddo, che hanno sempre un'origine centrale.

Non di rado si ha iperestesia sensoriale. Disturbi motorii dei terreni infracorticali in forma di crampi, di convulsioni parziali dei muscoli, di movimenti di *grimace* compaiono e costituiscono dei punti di passaggio al delirio acuto ed alle altre malattie cerebrali.

Modo di apparire. — La mania si manifesta molto più spesso come forma morbosa a se, poi come forma episodica. Nell'ultimo caso essa ha un esordio brusco, un decorso acuto e trovasi nella demenza paralitica e nelle altre malattie cerebrali con disturbi psichici predominanti, nell'isterismo, in certe forme di pazzia circolare a breve decorso, le quali si manifestano con alternanza di sintomi maniaci e stuporosi.

Origine e decorso. — Qui sono specialmente a distinguersi i casi acuti dai cronici.

a) La mania acuta ha una durata di giorni fino a settimane; esordisce rapidamente con fenomeni sensorii preliminari, non

melanconici (cefalea, flussioni, sonno turbato, ansia, irritabilità). Poi vengono i sintomi di un esaltamento maniaco a colorito irritabile, che presto raggiunge l'acme della mania furiosa. Più il decorso è acuto, più grave è il disturbo della coscienza. La discesa dall'acme della malattia suole essere rapida. Sintomi di esaurimento funzionale, che può giungere fino ad un leggero stupore, segnalano l'avanzarsi della guarigione.

La mania acuta decorre molto spesso come furiosa, o almeno si accompagna a grande irritabilità. Il furore può scomparire in capo ad alcuni giorni, la malattia ha però spesso delle recrudescenze, talchè si sviluppa poi una forma protratta, nella quale i singoli accessi che esplodono sono divisi da remissioni (periodi di esaurimento funzionale con irritabilità affettiva).

b) La mania cronica ha una durata complessiva da mesi fino ad anni. Essa è per lo più preceduta da uno stadio prodromico melanconico. La durata di questo è assai diversa, da giorni fino a mesi; più lunga è la durata di questo, più sarà lunga la successione maniaca. Manca od è appena accentuato nella forma puerperale, dietro perdite acute sanguigne e nei casi che prendon le mosse durante la convalescenza di gravi processi febbrili, poi in quelli che vengono da insulti cerebrali diretti, quali i traumi al capo, l'insolazione, come pure nella mania provocata da accessi alcoolici. Più la mania è organica e quanto più è originata da cause somatiche, tanto più facilmente mancherà questo stadio prodromico. Questo si limita ordinariamente al complesso sintomatico di una melanconia senza delirio, tuttavia l'opinione di Hagen, che qui mancano sopratutto le idee deliranti e le allucinazioni, non ha alcun valore assoluto. I sintomi di questo stadio prodromico melanconico sono essenzialmente quelli di un disturbo psichico e somatico della sensibilità generale (funzione mentale inceppata, generale prostrazione, male al capo, disturbi gastrici, costipazione ecc.), analoghi a quelli che si hanno prima dell'esordio di una grave malattia corporea, massime infettiva. Inoltre si sviluppa una depressione psichica, spesso a colorito ipocondriaco. Nell'ulteriore decorso viene la riflessione dolorosa sulla vita precedente, fino al rimorso ed al

taedium vitæ. Questo stato sfugge spesso all'osservazione, è nascosto con intenzione dai malati che lo conoscono, oppure questi lo sanno dettagliatamente motivare (Mendel).

Il passaggio alla mania è per lo più rapido, tuttavia però mai come nella pazzia circolare. Talvolta si osserva un periodo amfibolo di ore o di giorni, in cui si mescolano assieme elementi melanconici e maniaci quasi a disputare il dominio al quadro morboso maniaco che poi si stabilisce. Ora velocemente, ora lentamente, dall'esaltamento maniaco si sviluppa il quadro della mania con furore, mentre il corso del pensiero manifesta sempre maggiore ideorrea, gli affetti espansivi manifestano un caleidoscopio di eccitamenti affettivi, i movimenti appaiono sempre più istintivi, infrenabili, si ha aumento nel disturbo della coscienza, del delirio, delle allucinazioni. Il decorso complessivo della mania cronica è remittente, esacerbantesi. Nelle remissioni il quadro morboso retrocede fino al grado di un esaltamento maniaco, il quale spesso è velato dai segni di un esaurimento funzionale: quest'ultimo può tuttavia esser sentito dolorosamente e può, per la grande eccitabilità, dar luogo a tristi disposizioni dell'animo fino alle esplosioni d'ira.

Gli esiti della mania sono:

1° *Guarigione* (1). Questa non viene mai rapidamente, ma gradatamente, con remissioni e molteplici stati di transizione. Un rapido cessare della mania parla per un fondo sintomatico e periodico della medesima.

Gli stati di passaggio alla guarigione possono essere:

a) Uno stadio di depressione melanconica, come nell'esordio della malattia. Una tale soluzione è assai rara, qualora non si comprenda ingiustamente come melanconia uno stadio d'esaurimento con percezione dolorosa reattiva dell'insufficienza psichica cagionata dall'esaurimento.

b) Uno stadio di stupidità, di demenza funzionale, come espressione del profondo esaurimento cerebrale, quale segue necessariamente nei casi di mania cronica grave o debilitante,

(1) Mendel, op. cit. l'ha osservata nella proporzione di 80 0[0.

massime trattati con sottrazioni sanguigne. Questo stadio dura più mesi. I pesi del corpo stazionari, o di poco aumentati in questi stati di demenza, al contrario dei rapidi aumenti che si hanno nella demenza terminale, costituiscono un elemento importante per la diagnosi differenziale.

In generale l'intensità e la durata di questi stati d'esaurimento, che vanno dal leggero stupore fino alla completa demenza, corrispondono all'intensità e durata della preceduta mania, all'intensità e significato delle cause che l'hanno prodotta, fra cui sono specialmente a contemplarsi la disposizione originaria e la costituzione cerebrale più o meno abnormemente esauribile.

c) Passaggio della mania ad uno stadio di diminuito eccitamento maniaco, con fenomeni contemporanei e proporzionati di indebolimento psichico *(Moria)*.

d) Graduata diminuzione della mania, con remissioni sempre più profonde e considerevoli, senza un notevole indebolimento intellettuale. Ma qui è molto più minacciato il lato affettivo della vita psichica, che è in labile equilibrio, in quanto che esiste una elevata emotività, la quale conduce facilmente ad affetti esplosivi violenti ed a recrudescenze.

La prognosi della mania è in generale favorevole e tanto più quanto più acuto è il decorso, riparabile il disturbo della nutrizione (anemia, puerperio), giovane l'età, e quanto più simpatiche sono le cause e il cervello non è di troppo inquinato. Tuttavia non deve esser taciuto che una mania molto grave solo di rado dà luogo ad un ristabilimento del tutto scientificamente soddisfacente, e che un leggero indebolimento mentale (massime emotivo) costituisce spesso una guarigione con difetto.

2. *Esito in un indebolimento mentale terminale e duraturo* (indebolimento fino alla demenza coi relativi quadri clinici, di rado paranoia).

3. *Esito in morte* (1) per esaurimento e malattia intercorrente, contusioni con possibile embolismo grassoso dei vasi polmonari (Jolly), o per aumento del processo cerebrale fino all'acme di un delirio acuto.

(1) Mendel, op. cit. per la mortalità ha trovato il 5 0[0.

Considerazioni terapeutiche.

1° Isolamento. — Il fatto clinico che gli stati maniaci sono stati di eccitamento del cervello e decorrono specialmente con un' iperestesia delle funzioni psichiche e sensoriali, suggerisce come prima indicazione la calma psichica e la dieta cerebrale, vale a dire l'allontanamento da tutte le vive impressioni sensorie e sopratutto da tutti gli stimoli psichici. A questo scopo risponde soltanto un opportuno isolamento del malato, il cui grado dovrà esser conforme all' elevatezza dell' iperestesia cerebrale. In molti casi basta il solo isolamento per guidare i malati alla guarigione.

Per lo più impiegasi a questo scopo una camera d'isolamento capace almeno di 50 metri cubi, ben ventilata, che tenga lontano la viva luce mediante vetri grossi, opachi, così detti indistruggibili *(unzerstörbare)* e che sia posta in un remoto scompartimento dell'ospedale. L'antica coda degli stabilimenti, di un così detto scompartimento per furiosi, è degno di biasimo, perchè le grida di un malato turbano la pace dell' intero scompartimento, mentre la divisione dei singòli malati agitati in luoghi remoti e non accessibili alle grida è seguita da successi soddisfacenti.

Quest' isolamento preserva il malato anche dagli eccessi, massime in alcool e Venere, cui egli in libertà si abbandonerebbe con suo grande pregiudizio.

2° Sicurezza del malato e di chi lo contorna, dalle sue intenzioni distruttive. Gli è raro che il malato nuoccia a se stesso (sono perciò inutili le celle imbottite). Anche pei vicini, tranne nel periodo acuto, durante un grande turbamento della coscienza o nelle forme basate sopra affetti furibondi, il maniaco non è poi così pericoloso come si crede.

Molti maniaci sanno ciò che fanno, conservano un resto di riflessione, quand'anche non siano capaci di dominare le loro azioni. La credenza che i maniaci divengano gigantescamente forti è un pregiudizio ed il trattamento sistematico colle catene e

la camicia di forza è una cosa crudele. La costrizione meccanica è soltanto indicata quando è necessaria la posizione orizzontale per ragioni di salute (profonda anemia del cervello), poi per far cessare un ostinato onanismo e in certe malattie di spettanza chirurgica.

Il tentativo di moderare l'impulsione motoria colla costrizione meccanica, e di porre con ciò in serbo le forze, è cosa irrazionale e che rimane senza successo. Il malato colla camicia di forza si affatica e si stizzisce di più. Molti casi di malattia si aggravano di più colla costrizione meccanica, massime quando con essa si vuole imporre ai malati. Gli è un fatto reale che la violenza della mania si è andata mitigando coll'aumento del *no restraint*. Certi maniaci che rompono tutto e si spogliano, si lascino nudi in una cella ben riscaldata o si diano loro indumenti d'alga o di crine. In rari casi qui la iosciamina può essere transitoriamente indicata. Il suo frequente impiego è controindicato perchè peggiora la nutrizione.

3° Mantenimento del malato in buone condizioni di nutrizione. L'agitazione, l'insonnio, il delirio consumano le forze; perciò deve essere attivato un risarcimento.

Non di rado da ciò dipende il successo, se cioè il disturbo di nutrizione nel cervello rimanga, dopo il decorso della mania, riparabile, oppure si cambi in atrofia. Si abbondi nel buon nutrimento carneo, si nutra il malato nel migliore e più corroborante modo che sia possibile.

4° Combattere l'eccitamento cerebrale, l'agitazione motoria e l'insonnio. Nel *maximum* della violenza maniaca, escluso uno stato infiammatorio o flussionario del cervello, non si metta mano ai mezzi antiflogistici o depletivi. Con ciò si esaurirebbe (sottrazioni sanguigne) e si irriterebbe senz'altro il cervello (moxe, bagni a pioggia, docce, setoni, vescicanti) e si turberebbe la digestione (tartaro emetico, solfato di rame, acetato di zinco).

Questi ultimi mezzi devono tutti esser banditi dalla terapia. Anche le sottrazioni sanguigne, massime i salassi, sono generalmente da rigettarsi.

D'altra parte sono frequenti e considerevoli le flussioni, ma sono conseguenza di disturbi nell'innervazione vasomotoria. Una sottrazione sanguigna qui sarà inutile, anzi potrà nuocere per l'aumento della paralisi vasale e l'impoverimento del sangue. Anche la circostanza che la mania spesso deriva da eccessi e da gravi perdite sanguigne (puerperio) dovrebbe far pensare a risparmiare il sangue dei malati, prescindendo dalla circostanza che l'agitazione, l'insonnio, il consumo di calore nella mania, già di per sè recano nocumento all'attività nutritiva.

Il trattamento sintomatico della mania può soltanto essere individuale, e basato sull'indagine delle cause e dei supponibili disturbi anatomo-patologici. Nei casi di mania, i quali sono contrassegnati da considerevole flussione, in cui dei fenomeni di elevata eccitabilità riflessa, tremori, crocchiare dei denti, miosi, ecc. attestano un considerevole eccitamento cerebrale, sono suggerite le sottrazioni sanguigne, ma giammai generali, soltanto locali (mignatte). Qui può anche convenire una derivazione sull'intestino per mezzo del calomelano ecc. Anche l'ergotina, per via ipodermica od interna, merita considerazione.

Per regola anche qui, come nei semplici stati flussionarii, si ricorrerà alla vescica di ghiaccio, ai bagni (1), alla digitale.

Nella mania con eccitamento sessuale corrisponde il bromuro di potassio alla dose di 4-10 gr.

Nella mania da accessi alcoolici, poi nella mania il cui quadro clinico si agita prevalentemente nel campo degli affetti dell'ira, convengono l'oppio e la morfina.

Nella mania per o con segni di anemia cerebrale, i migliori calmanti e narcotici sono l'acquavite, la birra, il vino, occasionalmente anche il cloralio. Anche il riposo in letto può qui riuscire utile. Se l'eccitamento maniaco passa in uno stato d'esaurimento stuporoso, saranno cose capitali il riposo in letto, il calore, la nutrizione corroborante, il vino e la pazienza.

(1) Schwartzer, *Thermische Behandlung der man. Phase der Psychoneurose*, *Pester med- chirurg.* 1879.

Nello stadio della convalescenza il malato ha bisogno di attenta sorveglianza, di evitare tutti gli stimoli possibili perchè la malattia non vada in recrudescenza. Se esiste una grande irritabilità e una facilità all'esplosione degli affetti, la morfina è il mezzo più indicato per abbreviare il tempo della convalescenza.

Osservazione XVII.

Mania acuta recidiva.

Stangenberg, 20 anni, studente. Padre pazzo. Il malato ebbe convulsioni all'epoca della dentizione, fu sempre neuropatico. Fin dalla pubertà si dimostrò molto irritabile, emotivo, capriccioso, con tendenze a molte e diverse discipline, però senza direzione e scopo. Incapace di lunga applicazione mentale si procurò, applicandosi, cefalea, vertigini, congestioni; così pure aveva intolleranza per l'alcool, il caffè, il thè, le influenze calorifiche. Lo sforzo mentale per dar certi esami produsse uno stato flussionario di eccitamento del cervello. Il 27 marzo 76, in seguito a un'emozione e a dolore di capo, cominciò a delirare..... egli aveva scoperto la quarta dimensione; poi cominciò a spogliarsi nella strada ecc. È condotto cantando e fischiando in clinica, lacera, rompe. Parole senza nesso, grave turbamento di coscienza. Non ha abnormità scheletriche, è apirettico. Esiste una forte flussione al capo, il cuore ha un'azione impetuosa, il polso è pieno, celere, 134. Le pupille sono mediocremente dilatate, reagiscono; grande salivazione. Bagni prolungati con pezzuole diacciate. Fu calmo e dormì tutta la notte. Il 29 si ebbe una remissione dello stato di esaltamento maniaco. Polso 85. Temp. 36,4.

Ancora grande salivazione, considerevole iperestesia ottica ed acustica. Coll'isolamento ed i bagni diminuisce l'eccitamento; ma una notte insonne, il cessare dell'isolamento bastano per portare il malato di nuovo allo stadio della mania con furore. Sottoposto a un buon regime e all'uso del cloralio, il 6 aprile entra in convalescenza. Rimane tuttavia un uomo irritabile e neuropatico. In tali condizioni fu dimesso, ma rimase calmo ed ordinato solo due giorni. Il 27 *riammissione*: È all'acme della mania, congestionato, ideorroico, rompe, lacera, declama; poi dorme e dopo alcune ore si sveglia con grande peso e confusione al capo. Dopo più ore di remissione, si ebbe di nuovo la mania fino all'acme. Il 3 maggio si manifesta uno stadio di esaltamento maniaco, il quale ai 10 passa in uno stato di esaurimento. Dal 3 al 5 si ebbe corso del pensiero accelerato, dicitura iperbolica, umore gaio, ma

in certi periodi momentaneamente depresso. Chiede tabacco, dorme poco (bagni), si lamenta di peso al capo, il polso è frequente (digitale). Caduti questi sintomi entra in uno stadio d'esaurimento per più settimane, con dolorosa percezione dell'arresto psichico. Poi esce guarito.

Osservazione XVIII.

Mania acuta furiosa, esordita dopo un accesso di collera.

Wachs Serafina, 17 anni, ha padre ubbriacone, diverse sue sorelle soffrono convulsioni. Sofferse rachitide e tifo. Imparò a camminare solo al 4° anno. Si sviluppò mentalmente bene, ma dimostrò un carattere irritabile, collerico, sensibile. Mestruata a 15 anni.

Il 10. 5. 78 andò a scuola da una sarta ed entrò in gran collera con una compagna, non ho ben capito perchè. Aveva le mestruazioni. L'eccitamento collerico aumentò; divenne insonne, attaccava sempre liti. Non dormiva, sragionava. All'ammissione è in preda a mania furiosa: parole senza nesso, vivace gesticolare. Ogni tentativo di calmarla non fa che aumentarne l'agitazione.

Se la si vuol spogliare strepita, s'incollerisce, dice che metterà tutto sui giornali. Rimane in preda a mania furiosa fino alla fine di giugno, dorme poco, il peso del corpo discende fino a 29 kgm. Si manifesta un periodo di remissione, il quale però lascia osservare parole arroganti, nobili atteggiamenti ed anche traccie di erotismo e di civetteria. Ma per lo più si ha un eccitamento iracondo. Le iniezioni di morfina agiscono mitigando, ma non vincendo l'agitazione. Alla fine di giugno le esplosioni furiose si fanno più rare, più lunghe le pause, con esaurimento. Dorme molto. La nutrizione migliora, il peso aumenta rapidamente fino a 36 kgm. Ancora presenta dei leggeri eccitamenti furiosi, i quali svaniscono spontaneamente dietro iniezioni di morfina. In agosto può dirsi ristabilita. In settembre è dimessa. Peso all'uscita 41,5 kgm.

Osservazione XIX.

Mania cronica.

Successo dell'idroterapia.

Kernbach, 16 anni, donna di servizio, ammessa il 9. 3. 78. Madre pazza, sorella minore periodica fin dalla pubertà. Antecedentemente sana, ben costruita, ma emotiva e facilmente eccitabile.

Pubertà a 13 anni senza anomalie.

Il 2 marzo ammalò dietro un patema (grave malattia dell'amante). Aveva le mestruazioni. Divenne insonne, cominciò a cantare ed a ridere. Il medico constatò il 6 marzo un eccitamento gaio. Il contenuto delle idee era vivace, con accenno sessuale, parlava della cattiveria del mondo e degli uomini. Contegno teatrale, esaltato, grafomania In marzo acme della mania, non mangia, rompe.

All'ammissione trovasi in preda a dolce giubilo, con delirio palingnostico, erotico. Spesso cade in depressione melanconica, durante la quale porta le mani ai capelli (allucinazioni terrificanti).

Di media statura, ben sviluppata, non offre deformità scheletriche, non ha disturbi vegetativi, non febbre, non disturbi motorii. Pesa 48 kgm., è durevolmente insonne, ha salivazione profusa.

Rimane assai tempo nell'acme della mania, canta, rompe, lacera, ha allucinazioni visive ed acustiche, manipola le feci, presenta un disordine crescente. Ha soltanto delle brevi e rare pause di calma. Carattere espansivo, solo episodicamente depresso o furioso. Il cloralio e il bromuro non giovano. I bagni e gli impacchi apportano il sonno. Alla metà d'aprile si fece più calma, meno confusa, presentava un esaltamento maniaco semplice. Soltanto transitoriamente ha ideorrea ed impulsioni motorie a ballare, saltare, rompere. Il peso, disceso a 45, aumenta. Dorme spontaneamente. Fino alla fine di luglio dura, decrescendo, l'esaltamento maniaco Poi entra in uno stadio d'esaurimento, che dura 3 settimane, ed esce guarita alla fine di settembre.

Osservazione XX.

Mania con furore.
Ninfomania temporanea.

Donna di 22 anni, deriva da famiglia degenerata. Il padre della madre era esaltato, il fratello della madre pazzesco, il fratello del padre eccentrico. Sorella del padre pazza, sorella e fratello pazzi.

Si sviluppò normalmente senza segni di degenerazione. A 9 anni tifo con delirio. A 15 anni mestruazioni senza ulteriore anomalia. Da qualche tempo era clorotica e sonnolenta.

Alla metà di maggio 1877 divenne, senza causa apprezzabile, depressa, cadde in preda ad ansia precordiale, anestesia psichica, confusione al capo.

Il 5. 9. la depressione melanconica si cambiò nel quadro della mania. Divenne gaia, irrequieta, si alzava alla notte, era sensibile, irritabile, accusava cefalea, era congesta al capo, aveva la lingua tremula, non voleva

mangiare, era costipata. Estremità fredde, polso piccolo, 80, pupille mediocremente dilatate, reagenti. Cogli impacchi trovava sonno per alcune ore. Coi fenomeni di una violenta flussione (ergotina e ghiaccio senza successo) raggiunse l'acme della mania, così che fu condotta all'ospedale.

All'ammissione è apirettica. Peso 49 kgm. Non flussione. Puls 84, polso piccolo, celere. Nessun segno di degenerazione. Nessuna malattia vegetativa, neuralgia intercostale sinistra. Manca l'imene, fiori bianchi, utero lateroverso. Bulbi splendenti, salivazione profusa, mimica assai vivace. Canta, grida, strepita. Il delirio si aggira su argomenti erotici. È insonne, molto confusa, fa movimenti come di coito, parla lasciva al medico. Impacchi a bagni procurano il sonno solo per alcune ore. S'alza di notte, rompe tutto.

Sempre molto erotica. È moglie del medico, intenta ad occuparsi del corredo di un bambino immaginario. Nel periodo mestruale è realmente ninfomaniaca; si lorda d'urina, feci, sangue mestruale, si muove oscenamente, si masturba. Leggere remissioni; il cloralio e gli impacchi agiscono come ipnotici. Spontaneamente non dorme. Allucinazioni visive, massime alla notte. Rimane il disordine, il peso discende a 45 ai primi di gennaio 1878. Alla fine di gennaio grave accesso maniaco con cefalea, cardialgia, neuralgie intercostali. Nel periodo mestruale presenta sempre il quadro clinico della ninfomania. Sempre più notevoli si fanno in seguito i fenomeni dell'esaurimento. Il peso risale a 47 kgm. Ai primi di marzo calma, ordinata, decente, ha piena coscienza del suo stato. Le mestruazioni nel mese di marzo (8 gr. di bromuro di potassio) decorrono con leggero esaltamento ed eccitamento erotico.

Ai primi di aprile si perdono i residui della malattia, il peso aumenta fino a 50 kgm.

Alla metà d'aprile dimissione. Alla metà di maggio, visitandola vidi che aveva raggiunto il suo peso normale di 60 kgm.

Osservazione XXI.

Mania nel puerperio. Esito in uno stato d'indebolimento psichico. Morte per tisi.

Riegler, 26 anni, contadina, ricevuta il 30. 6 77., ha una sorella imbecille. Ben sviluppata e sana in addietro. Maritata da 2 anni; dopo un anno ebbe un parto difficile; il 6. 4. 77. ebbe un secondo parto pure difficile. Il 13 senza causa nota, senza malattia puerperale diviene gaia, irrequieta, insonne; vede aperto il cielo, l'eccitamento aumenta fino a considerevole

altezza e a grande disordine. Canta, ride, dimostra cambiamento d'umore, che è prevalentemente gaio.

All'ammissione è apirettica, assai turbata in coscienza. Delirio palingnostico, è ideorroica, confusa, erotica, eccitata, canta, ride, talvolta va in collera.

Di media statura, ben costituita, ma anemica. Non ha febbre. Utero ben involuto. Polso celere. Il sonno è procurato somministrando cloralio e facendo uso degli impacchi. Si nutre abbastanza. La mania dura ed offre soltanto piccole remissioni. Nel corso dell'ottobre migliora la nutrizione, ma non la psicosi. Molto disordinata, ha scialorrea, la pupilla destra è midriatica. Di tanto in tanto appaiono recrudescenze maniache. Al principio di novembre, con aumento della salivazione e colla comparsa di una grave flussione, la mania ritorna al suo acme primitivo. Affetti furibondi si fanno palesi. Dal novembre in poi si ebbe un tipico alternarsi fra l'agitazione furiosa e la calma, che fu anzi esaurimento ed apatia.

Ai primi di febbraio si perde il tipo alternante. Si avanza e si fa sempre più notevole uno stato infantile, di indebolimento psichico. Alla fine di maggio segni di pneumonite alla base del polmone destro. Sudori profusi. Passaggio della pneumonite in cancrena. Nei due ultimi giorni delirio da inanizione. L'11, 6, 78 morte.

Sezione. Cranio iperostosico. Pia anemica, edematosa, ispessita alla fronte, cervello anemico, corteccia rammollita in giallo. Cavità pleurica destra piena di liquido siero-sanguinolento. Coaguli sanguigni nel polmone destro, focolaio di cangrena al lobo superiore. Pel resto bronchite con focolai lobulari di pneumonite. Apici intatti. Non si osservano trombi nella polmonare. Cuore flacido, leggermente grasso.

CAPITOLO III

Stupidità o demenza primitiva guaribile (1).

Le note caratteristiche clinico-psicologiche di questa psiconeurosi sono la difficoltà nel corso delle idee fino all'abolizione del movimento psichico e la contemporanea mancanza di disposizioni affettive.

Questi stati di difficoltata, e persino abolita, attività psichica sono, a differenza di quanto si ha nell'idiotismo, acquisiti e, in opposizione all'incapacità mentale da impedita reazione che si ha nella melanconia attonita, sono privi di ogni fondamento affettivo; al contrario degli stati d'esaurimento postmaniaci, essi sono primitivi; sono poi distinti dagli stati di demenza primaria progressiva (senile, apoplettica) che vengono in seguito a gravi malattie organiche, per essere forme guaribili.

Come fenomeni analoghi a questo stato e propri alla vita fisiologica, sono a considerarsi quegli stati transitorii di difficoltata capacità funzionale della mente, che si osservano dopo veglie notturne, eccessi, sforzi mentali.

Anche questi quadri patologici di stupidità, o demenza primitiva, si rivelano, in rapporto all'etiologia ed al decorso clinico, come stati d'esaurimento.

Le cause che li producono consistono essenzialmente nella non comune vulnerabilità di un cervello inquinato *ab ovo*,

(1) Dagonet, *Ann. méd. psychol.* 1872, marzo-maggio; Chrichton Browne, *West-Riding lunatic. asyl reports*, vol. IV, p. 265; Newington, *Journ. of ment. science* 1874, ott.; Schüle, *Handb.* p. 495; Gambari, sulla forma stupida primitiva della pazzia e sua distinzione dalla melanconia, Gazz. lombarda, 1864, 14, 22; Taguet, *Démence simple primitive*, 1872; Aldrige (*Psych. Centralblatt.* 1874, p. 198); Lykke, *Schimdt's Jahrb.* 180, p. 177; Wille, *Arch. f. Psych.* VIII, p. 219. Schüle, *Zeitschr. f. Psych.* 38, p. 265; Binswanger, *Charité-Annalen*, VI annata p. 412.

abnormemente irritabile ed esauribile e nelle influenze che ne deteriorano la nutrizione. Fra queste sono da porsi in prima linea gli eccessi masturbatorii, poi l'insufficiente nutrizione, le emorragie, le gravi malattie acute, la lunga degenza in letto, le profuse secrezioni. Esistendo le disposizioni, può quindi uno spavento, una profusa mestruazione od una causa occasionale debilitante d'altra natura, chiamare in scena la malattia.

Quelli che ne sono colpiti sono prevalentemente individui giovani sotto i 30 anni.

Lo sviluppo della malattia è graduato, con fenomeni di aumentante apatia, oppure rapido e allora poi si rivela comunemente come causa occasionale una violenta commozione dell'animo.

Nel primo caso il malato diviene di giorno in giorno più lento e difficile nel corso dei suoi pensieri e nelle sue azioni, rimane come trasognato, sta lunghe ore in un luogo, dorme sul lavoro. Dopo alcuni giorni, talvolta dopo delle settimane, cade in uno stato completo di demenza stuporosa, nella quale il malato appena ha coscienza di se stesso e del mondo esterno, ha perduto ogni spontaneità e conduce non altro che una vita vegetativa. Il malato deve essere spinto a far tutto, anche pei bisogni più necessari della vita. Il cibo presentatogli non lo appercepisce, ma deve essergli messo in bocca, persino in gola e così almeno si eciteranno le azioni riflesse ed il boccone sarà inghiottito.

Anche i riflessi sono considerevolmente diminuiti ed appaiono solo dietro forte stimolo. La sensibilità è sempre diminuita, spesso abolita del tutto, talchè una forte corrente elettrica non produce in questi casi nessuna impressione. Quest'anestesia si diffonde talvolta anche alla congiuntiva.

La muscolatura è floscia, il portamento è cascante, il malato non fa alcuna resistenza alle violenze che gli vengono dallo esterno. La ciera è fiacca, inespressiva, lo sguardo appuntato nel vuoto. Le pupille sono dilatate e reagiscono pigramente.

Se si cerca far sporgere ai malati la lingua, mostrando loro la propria, si osservano tremori di questa, spesso anche convulsioni fibrillari dei muscoli della bocca. L'azione cardiaca è debole,

i toni cardiaci sono oscuri, il polso è per lo piu tardo, piccolo, tardicroto e persino monocroto. Se si porta il malato in giro, il polso diviene tosto frequente. Le estremità sono per lo più fredde, persino cianotiche. Il malato persevera lunghe ore in una posizione, talchè si formano edemi ai piedi, i quali scompaiono tosto nella posizione orizzontale; e inoltre alla mattina quando si sveglia, il viso appare spesso leggermente tumido. Il calorico proprio è subnormale. Ad onta di un corroborante e continuo nutrimento, le forze deperiscono e così pure la nutrizione ed il peso del corpo. Io ho trovato delle differenze di 10 kgm. fra il peso dell'entrata e quello dell'uscita.

Trovasi costante nell'acme della malattia un aumento, spesso enorme, dei fosfati nell'urina.

Il profondo disturbo della nutrizione si rende palese, fra le altre cose, colla secchezza ed aridità della pelle; Browne trovò nei suoi malati anche delle tendenze al decubito. Nelle donne, durante la malattia si arrestano le mestruazioni, e in seguito alla stasi venosa si arriva non di rado ai catarri d'intestino e d'utero.

La respirazione è superficiale. In relazione al profondo disturbo della coscienza, il malato è sporco, si fa sotto le feci e le urine, si lascia fluire la saliva dalla bocca.

Il decorso della malattia è remittente-esacerbantesi, in quanto che per ore o per giorni si hanno tracce di attività mentale, capacità al parlare, al muoversi, al percepire che succedono allo stato di mutismo, stupido e privo di reazione.

Fenomeno che intercorre di rado è uno stato temporaneo di eccitamento, della durata di ore fino a giorni, nel quale il malato canta, fischia, verbigera, si aggira all'intorno senza scopo, compie atti totalmente impulsivi, se la prende coi suoi abiti e, all'occasione, diviene anche aggressivo coi vicini. Simili stati d'eccitamento non devono esser confusi colla mania.

Se la malattia prende una buona piega, le remissioni divengono più durature e più profonde. La ciera migliora, il malato comincia a dire alcune parole e frasi, dapprima eseguisce movimenti imitatorii, che poi divengono spontanei. Egli può anche

risentirsi dolorosamente della sua incapacità psico-motoria. Questi miglioramenti sono intermittenti, seguiti da stati temporanei d'esaurimento. Soltanto gradatamente, col miglioramento della nutrizione, l'aumento nel peso del corpo, la scomparsa dei disturbi circolatorii e dell'iperfosfaturia, il ristabilimento del calore normale si arriva alla guarigione. La durata della malattia arriva fino ad alcuni mesi. Più rapidamente degli altri guariscono quei casi che sono occasionati da paure e perdite sanguigne.

La prognosi negli individui giovani, e nei casi di carattere puramente funzionale, è fausta. In rari casi l'esaurimento funzionale passa a demenza irreparabile; ancor più raro è l'esito letale per tisi o pneumonite.

L'etiologia ed i fenomeni morbosi parlano per uno stato di profonda anemia dell'organo psichico. Anche i reperti oftalmoscopici di Aldrige (*West-Riding lunat. reports* IV, p. 291), unitamente ai miei, parlano per l'anemia. Negli stadi ulteriori Aldrige trovò edema del fondo oculare. In due casi letali descritti dal Browne, questi trovò in uno iperemia della pia, nell'altro edema della pia ed atrofia di alcune circonvoluzioni. Di grande importanza è la diagnosi giusta di questi stati di stupidità, in passato confusi colla melanconia attonita ed anzi coll'idiozia. Coll'ultima non è possibile alcuno scambio qualora si indaghi nell'anamnesi. Si distingue dalla demenza primaria progressiva pel rapido esordio, pei disturbi motorii che in quest'ultima forma si trovano come espressione della grave malattia cerebrale che ne è la base (apoplessia, ateromasia), come pure per la diversa età.

Riguardo alla diagnosi differenziale colla melanconia attonita, è da osservarsi: nella stupidità si ha un esordio primitivo, per lo più rapido, la melanconia attonita prende le mosse da una comune melanconia da cui si sviluppa gradatamente la malattia. In rapporto alla sospensione delle più elevate funzioni psichiche, esiste in quella una tabula rasa, in questa un contenuto della coscienza squisitamente doloroso; là per lo più abolito, qui invece ben conservato il ricordo del tempo della malattia; là ciera de-

mente, stupida, qui ansiosa e tesa; là semplice debolezza dell'innervazione muscolare, del tono muscolare e quindi movimenti deboli, imperfetti, contegno cascante, nessuna esternazione della volontà, nessuna resistenza passiva; qui invece uno speciale stato di tensione (tetania, catalessi) della muscolatura, la quale aumenta abnormemente colle manovre eseguite da altri; là abolita la coscienza, qui semplicemente occupata da idee dolorose; là talvolta stati intercorrenti psico-automatici di eccitamento, qui non di rado azioni riflesse esplosive, le quali superano la tensione e l'arresto psicomotorio e si manifestano con attentati contro i vicini e tentativi di suicidio a guisa di *raptus;* là profonda ottusione della sensibilità, qui conservata e solo il malato non esterna alcuna reazione, ma tuttavia l'aumento della tetania, le grinze del viso, l'accosciarsi ecc. tradiscono la sensibilità; là incapacità di alimentarsi spontaneamente, qui resistenza positiva all'alimentazione; là buon sonno, qui insonnio; là buona digestione, qui deficiente; là oscillazioni nel peso poco considerevoli, qui diminuzione progressiva della nutrizione e del peso; là lento, debole, depressibile, tardo il polso, qui polso per lo più accelerato, contratto, metallico; là, come espressione del turbato circolo, raffreddamento, cianosi, edemi di buon'ora, qui soltanto tardi; là negli stadi ulteriori edema del fondo oculare, qui mai; là grande impulizia, qui per lo più pulizia; là convalescenza lunga, qui talvolta rapida guarigione; là midriasi, qui miosi.

La terapia consiste in gran parte nel riempire le indicazioni causali, nel combattere lo stato di esaurimento col riposo in letto, col riscaldamento, coll'impedire che il malato si masturbi, colla dieta lauta, col vino, eccitando la respirazione ecc.

Sintomaticamente può l'eccitamento riflesso dell'innervazione vasale per mezzo di aspersioni fredde, riuscire utile. Combattere l'anemia col ferro, poi col chinino, col leggero lavoro mentale e corporeo del convalescente ecc., sono ulteriori contingenze terapeutiche da mettersi in opera. Da Cr. Browne è anche impiegata la corrente costante (5-20 elem. al capo).

Osservazione XXII.

Stupidità in seguito a cause debilitanti.

F. 20 anni, lavoratore, in addietro diligente, valido, intelligente, condotto in clinica dal suo padrone il 25. 2. 81. Deriva da famiglia sana; fino alla fine del 1880 sano, allegro, laborioso. Da quest'epoca divenne originale, si aggirava di notte nella sua camera, dormiva di giorno, era sonnolento, distratto al lavoro, parlava a monosillabi. Nelle ultime settimane prima dell'ingresso divenne pigro a parlare, lento in tutto, cercava sempre il letto, divenne passivo completamente, reagiva solo lentamente alle chiamate altrui, diceva che gli mancava la testa.

All'ammissione è stupido e privo di azione, si lascia portare in letto, sembra nulla appercepire, vive un'esistenza vegetativa, si lascia imboccare senza resistenza. Soltanto alcuni giorni dopo e con molti stenti dà qualche notizia sulla sua persona.

È gracile, alto (180 cm.), di delicata costituzione, decaduto nella nutrizione e molto anemico. L'occhio ha un'espressione neuropatica. Cranio normale (circonf. 55 cm.), fisionomia femminile, genitali ben sviluppati. Sguardo e ciera fatui, pupille uguali, mediocremente dilatate, tarde a reagire. Funzioni vegetative integre, manca di turgore vitale, estremità fredde, cianotiche. L'urina contiene una quantità normale di fosfati terrosi. Pelle secca, ruvida. Polso depressibile, tardo, monocroto. Sensibilità molto diminuita; solo dietro forte corrente faradica atteggia il viso a dolore. Tono muscolare scaduto, respiro superficiale. Polso in media 80, fuori del letto va a 100. Temp. 36-36,1 (Terapia: riposo in letto, buona nutrizione, vino, ferro). Peso del corpo all'ingresso 57,5. Fino alla fine di marzo stupido e senza reazione; da quest'epoca si rivelano traccie di vita mentale; la ciera migliora, il malato ride talvolta, dice che è migliorato; diviene pulito, eseguisce lentamente dei movimenti. Le azioni spontanee si applicano solo al mangiare e ad altri bisogni corporei. La nutrizione e la circolazione migliorano lentamente; fuori del letto offre fenomeni di debolezza cardiaca, ha le estremità fredde e cianotiche; alla fine di maggio ritorna il turgore vitale, scompare la cianosi delle estremità, la pelle ridiviene calda, il peso del corpo aumenta. Sciolto nei suoi movimenti, spontaneo, aiuta in piccoli lavori, giuoca alle carte. Voce robusta, sonora, corso del pensiero più facile. Talvolta ricade in preda a un po' di pigrizia, ma comincia in seguito a migliorare continuamente e il 20 giugno esce guarito. Peso 63,5 Kg.

L'anamnesi diede che il malato aveva molto faticato, si era nutrito frugalmente e si era dato a sfrenata masturbazione, le quali cose unite alla costituzione neuropatica, ed al rapido crescere della statura negli ultimi anni, spiegano l'insorgere della malattia a cui furono sempre estranei gli elementi melanconici, deliranti, allucinatorii. Del tempo della malattia il malato non conservò in seguito che un ricordo sommario.

Osservazione XXIII.

Stupidità dietro spavento.

Walter, 20 anni, beccaio, padre dipsomane, madre isterica. Debole, dato alla masturbazione. Verso la metà del 1877 si accorse di una ernia inguinale, gli fu dato un cinto ed il medico gli ingiunse di essere guardingo perchè altrimenti correva pericolo di morire. Da ciò paura forte; in seguito rimase assorbito ne' suoi pensieri, trascurò il lavoro, poi cominciò a non più parlare e a ridere da sè. Portatogli il cibo ne prendeva solo dopo energico invito. Divenne sporco e dimostrò di non appercepire più nulla. Diceva solo che sarebbe morto e andato in cielo.

All'ingresso (25. 7 77) è totalmente stupido, ha la faccia da maschera, rigida, lo sguardo fisso. Non reagisce più a nulla.

Cranio frontale stretto, pupille dilatate, che reagiscono prontamente. Sensibilità e riflessi aboliti. Polso tardo, 60. Pelle fredda, piedi edematosi, peso 61 kgm. Sporco, senza reazione, articolazioni mobili, cadenti, senza fenomeni tetanici o catalettiformi.

Col riposo in letto, la buona nutrizione, il vino, ai primi di settembre fa qualche movimento, muove almeno le labbra quando gli si parla. Poi a poco a poco mangia da se, si veste da se, diviene pulito. Il peso cresce fino a 66 kgm. Alla fine d'ottobre esce guarito.

CAPITOLO IV

Delirio sensoriale (allucinatorio) (1).

Gli stati di delirio sensoriale che stiamo per descrivere (Wahnsinn) sono essenzialmente basati sullo stesso fondo su cui si basano i già descritti quadri morbosi della stupidità, vale a dire sull'esaurimento funzionale, sull'astenia del sistema nervoso (psiconeurosi asteniche).

La differenza sta soltanto in ciò che nel delirio sensoriale l'esaurimento cerebrale non si estende, o soltanto episodicamente, fino alla totale abolizione dei processi psichici e che nell'esaurito cervello si hanno energie stimolanti, essenzialmente nei centri sensoriali, occasionalmente però anche nei campi psicomotori della corteccia cerebrale. Questi fenomeni irritativi si hanno episodicamente anche nel quadro morboso della stupidità (*delusional stupor,* Newington) e costituiscono degli stati di passaggio al delirio sensoriale.

Lo scopo di un trattato è quello di descrivere i singoli quadri clinici nel miglior modo possibile e sopra basi didattiche; lo studio delle molte e svariate forme di passaggio deve essere affidato alla clinica.

Come Meynert ha recentemente osservato, il quadro che segue del delirio sensoriale allucinatorio comprende complessivamente, in base all'esaurimento e all'indebolimento delle più elevate fun-

(1) Letteratura: Westphal, *Allg. Zeit. f. Psych.* 34; Schaefer, *id.* 36, p. 252; 37, p. 55; Scholz, *Berlin klin. Wochenschr.* 1880, n. 33; Tilling, *Psych. Centralbl.* 1878, n. 4 e 5, p. 101; Ripping, *Die Geistestörungen ecc.* 1877, p. 49; Mendel, *Die Manie*, 1882, p. 55; Meynert, *Jahrb. f. Psych.* 1881, Bd. II, H. 2 e 3, acute *Formen des Wahnsinns*; Kraepelin, *Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten*, 1881, (*Arch. f. Psych.* XI e XII); Merklin, *Studie über die primäre Verrücktheit*, *Dorpat* 1879, p. 65.

zioni psichiche dell'attenzione, della conclusione e dei giudizi, quelle psicosi di cui i sintomi capitali sono i disturbi sensoriali ed i deliri che ne derivano, con anomalie reattive a parole ed a fatti. Le condizioni originarie di questo stato morboso delirante sono essenzialmente le stesse dei delirii febbrili e da inanizione, vale a dire disturbi nella nutrizione del cervello (corteccia), e tali stati vengono anche non di rado in seguito a malattie febbrili, come psicosi postfebbrili. I passaggi da quei deliri, per lo più transitori, che sono fenomeni concomitanti o consecutivi ai processi febbrili (vol. 1° p. 233), alle psicosi asteniche postfebbrili protratte sono sempre facili.

Più lo stato delirante è discosto dalla malattia causale somatica, si prolunga anche quando questa è guarita, o si sviluppa solo nella convalescenza, tanto più appare indipendente, genuino nel decorso e nello sviluppo dei sintomi.

La ragione per la quale questo quadro morboso si protrae e rimane come forma indipendente a se, deve essere ricercata in speciali predisposizioni del cervello, colpito da un disturbo generale di nutrizione (febbre, inanizione). Queste predisposizioni consistono in ciò che il cervello del paziente è esauribile in modo non comune ed incapace a resistere. Questa debolezza irritabile può essere fondata specialmente su di una costituzione neuropatica per lo più ereditaria, non di rado coi contrassegni dell'idrocefalo rachitico (Meynert); oppure essa è acquisita dietro sforzi mentali o corporei, eccessi alcoolici e sessuali, cattive condizioni di vita per malattie croniche che danneggino la nutrizione complessivamente (affezioni allo stomaco, anemia, suppurazioni, lunga degenza in letto, allattamento).

Si capisce così come su tali disposizioni le cause occasionali, quali i parti, le emorragie, i processi febbrili ed altre acute e gravi affezioni dell'organismo, inducano dei disturbi nutritivi nel cervello che non così facilmente si risolvono, ma che invece producono disturbi profondi e duraturi nelle funzioni psichiche.

Una gran parte delle così dette psicosi postfebbrili, che si manifestano specialmente dopo malattie acute esaurienti, appartiene a questa categoria. Qui sono da annoverarsi nominatamente

quei casi di pazzia (allucinatoria) che si sviluppano nella cachessia intermittente e durano mesi ed anche anni, quelli di delirio e disordine allucinatorio protratti, che si originano nel reumatismo articolare dalla 3ª-6ª settimana. Qui entrano pure gli stati sensoriali deliranti in seguito ad una pneumonite, i quali non sono rari, specialmente nei bevitori, finalmente le numerose psicosi della convalescenza del tifo (vol. 1° *etiologia).*

Non sono rari questi stati d'inanizione durante la prigionia (certi casi di delirio sensoriale dei carcerati).

Alla stessa categoria appartiene anche un grosso numero di psicosi puerperali, dai più scambiati colle manie (Fürstner, *pazzia allucinatoria).*

Dal punto di vista sintomatologico rientrano qui anche il delirio alcoolico di persecuzione (alcoolismo cronico, delirio sensoriale di persecuzione), poi i deliri isterici ed epilettici protratti, che si denominano equivalenti.

Evidentemente, anche nelle melanconie e manie gravi che si sviluppano da un cervello esaurito, gli stati episodici di un delirio sensoriale non sono così rari, in quanto che nell'acme di quelle forme, in seguito all'insonnio, alla sitofobia, alla perdita delle forze ecc. si ingenerano degli stati di delirio d'inanizione sconnesso, con disturbi sensoriali predominanti, che coprono il quadro della melanconia o della mania e che, scomparendo col migliorarsi delle condizioni costituzionali, lasciano di nuovo apparire la forma morboso originaria.

Gli stati morbosi qui compresi col nome di delirio sensoriale corrispondono in gran parte alle forme che altri autori hanno descritto e denominato *paranoia acuta primitiva* (Westphal), *disordine allucinatorio, forma acuta allucinatoria di delirio sensoriale* (Meynert), *mania allucinatoria* (Mendel), *stupor delusional* (Newington), *demenza generale acuta e subacuta* (Tiling).

Lo stadio d'incubazione del delirio sensoriale è breve e raramente più lungo di ore e di giorni, mentre d'altra parte i fenomeni d'esaurimento nervoso, di debolezza irritabile, spesso antecedono da lungo tempo.

Insonnio o sonno non ristoratore, con sogni angosciosi e frequenti paure, eretismo nervoso, irritabilità, oppressione ansiosa, cefalea, vertigini, cattivo umore, difficoltà e disordine nel corso delle idee, alcuni vaghi disturbi sensoriali sono i fenomeni prodromici quasi costanti del quadro morboso.

L'acme è rapidamente raggiunto col crescente delirio sensoriale. Sintomi capitali all'acme della malattia sono in ogni caso i disturbi sensoriali, vale a dire le illusioni e le allucinazioni. Prendono, massime nei casi acuti, prevalentemente la vista, poi l'udito, il tatto, l'olfatto, il gusto. Figurano non di rado in tutti i campi sensoriali ed in modo tale da originare rapidamente un considerevole offuscamento della coscienza. I malati sono confusi, completamente disorientati sulla loro situazione.

Nei casi molto acuti si ha un alternarsi caleidoscopio di situazioni allucinatorie, illusorie. Nei casi che decorrono più cronici, i disturbi sensoriali non vengono così generalmente, ma per lo più episodicamente, talchè si possono sviluppare deliri di una certa durata ed intensità.

Il contenuto dei deliri è molteplice e vario.

Trovansi deliri di persecuzione, di avvelenamento, ipocondriaci, erotici, religiosi, di grandezza, come quelli della paranoia primaria, ma senza nulla di sistematico. Essi si collegano quasi esclusivamente ai disturbi sensoriali, oppure sono deliri primordiali; soltanto accidentalmente si hanno le interpretazioni allegoriche delle sensazioni.

Il malato è molto ansioso, stizzito, irritabile, felice o stupido, a seconda del contenuto momentaneo della sua coscienza turbata; nelle situazioni deliranti si ritiene anche, transitoriamente, per un indemoniato, un santo, un Dio, un imperatore; collega altresì in modo passeggero un processo di conclusione ad una schiera di disturbi sensoriali e deliri, ma non arriva mai alla creazione di un delirio formalmente stabile e ad una alterazione durevole della personalità.

Nelle forme più gravi e negli stati episodici profondi d'esaurimento appaiono predominanti i deliri di grandezza. Negli altri

casi il delirio si agita quasi esclusivamente entro situazioni terrificanti. Una distinzione degli stati morbosi secondo il contenuto del delirio, come si fa della paranoia primaria, non è qui nè utile, nè possibile.

Un dato ulteriore clinicamente importante è il turbamento della coscienza del malato, la sua impossibilità ad orientarsi riguardo a condizioni di luogo e di tempo. Con ciò si spiega il disordine dei malati nelle parole e nelle azioni. Questo disordine è essenzialmente riferibile ai due fenomeni fondamentali del quadro morboso: la debolezza funzionale dell'organo pensante e l'affollamento dei deliri sensoriali nella coscienza.

Il primo disturbo si manifesta specialmente con difficoltà nel processo dell'appercezione e delle attitudini alle conclusioni ed ai giudizi.

L'appercezione del cervello esaurito è parzialmente indebolita, in modo transitorio va anche fino alla vera cecità o sordità psichica, in parte soffre per l'abolizione dell'attenzione del malato in seguito a vivaci ed alternantisi disturbi illusorii ed allucinatorii.

Poichè la percezione normale degli stimoli sensitivi del mondo esterno non è possibile, ma falsata nella coscienza, poichè si trovano situazioni puramente subbiettive accanto a quelle obbiettive solo in parte giuste, deve necessariamente esistere quella confusione e quel disorientamento che sono appunto caratteristici di questa forma.

Accanto ai disturbi dell'appercezione trovansene ancora altri importanti nel corso delle idee; così si ha il costante inframmettersi dei deliri e dei disturbi sensoriali nel corso d'un pensiero sviluppatosi per caso logicamente, talchè questo rimarrà sempre abbozzato, unito a nuove idee del tutto disparate; poi si ha la fissità nel meccanismo indebolito dell'associazione, collegata a pallide, superficiali analogie, e quindi concilianti idee totalmente estranee. Fra tutte le altre cose si ha anche la facoltà gravemente depressa di formulare giudizi e conclusioni, come espressione della debolezza funzionale del cervello.

Con ciò si rende anche chiaro l'importante fatto che il troppo abbondante materiale allucinatorio-delirante non concilia alcun

potere logico e non vi può aver luogo un nesso d'idee deliranti sistematiche.

Il disturbo della coscienza nel disordine allucinatorio non è tuttavia così profondo come negli stuporosi e da ciò dipende che in quel primo stato, prescindendo dagli episodi di vero stupore, il malato ha una esatta memoria della vita delirante della malattia; ed anzi nei periodi di tregua, in cui riappare una giusta appercezione e una temporanea capacità alla conclusione, esterna conoscenza della malattia, si dà per pazzo, per sonnambulo, per delirante, o almeno sostiene di essere stregato, ammaliato.

Le disposizioni dell'animo e gli affetti, che spesso decorrono assai vivacemente in questo quadro morboso, sono quindi fenomeni reattivi subordinati alla potenza primitiva dei disturbi sensoriali e del delirio. Col rapido cambiamento del contenuto di questi elementi si hanno anche disposizioni di animo passeggere e variabili. Poichè le allucinazioni terrifiche ed i deliri di persecuzione sono i fenomeni più frequenti, lo sono pure l'ansia e gli affetti depressivi. Se la sensazione d'ansia si abbia anche spontaneamente in questi malati, è cosa che si può appena decidere. Non di rado trovansi, in base ad attitudini subbiettive terrifiche con appercezione ostile, una grande irritabilità, delle violenze pericolose pei vicini, persino per la propria vita, dei tentativi disperati di fuga, ecc. È frequente la sitofobia in rapporto col delirio d'avvelenamento e coi disturbi sensoriali. Come gli affetti, anche le azioni dei malati sono fenomeni puramente vegetativi. Ugualmente brusche e sconnesse, come i deliri che le motivano, si manifestano le azioni; per la confusione dei malati, queste sono (come quelle dei deliri) del tutto senza piano e sconvolte. Il corso della malattia si agita fra remissioni ed esacerbazioni. Le prime decorrono spesso innavvertite ed arrivano fino ad una relativa lucidità. Le ultime si collegano spesso a cause debilitanti, come il durevole insonnio e la sitofobia uniti assieme; quasi generalmente l'influenza del periodo mestruale conduce ad un'esacerbazione, anche

quando il flusso mestruale non scorre e non si ha quindi la causa debilitante della perdita sanguigna.

Nei periodi di remissione dei fenomeni irritativi (disturbi sensoriali, delirio) si ha il quadro dell'esaurimento cerebrale con disposizioni dell'animo tristi od anche irritabili.

Come stadi episodici, nei casi più gravi si osservano degli stati stuporosi ed anche maniaci; i primi della durata di settimane, di ore o di giorni. Questi ultimi possono avvicinarsi al quadro delle manie gravi in forma di irritazione cerebrale; lasciano però osservare la mancanza della relativa ideorrea e si accentuano come stati psichici di stimolo cerebrale, in quanto che decorrono con verbigerazione, movimenti automatici, convulsivi (fischi, musi). Occasionalmente si possono anche avere convulsioni tonico-cloniche, stati catalettici od estatici (catatonici).

Le affezioni più o meno considerevoli complicantisi a questo stato, e di ordine somatico si possono compendiare in profondo deperimento della nutrizione, calore subnormale, diminuito turgore vitale, polso piccolo, compressibile, sospensione dei mestrui nell'acme della malattia. In una donna trovai che il peso era 43 all'ammissione e 61,2 kg. all'uscita. Nei casi più gravi trovasi, come espressione di gravi turbe circolatorie, anche l'albuminuria. Non è raro il tremore da inanizione della lingua e delle estremità. Il sonno è, nell'acme della malattia, quasi sempre turbato.

La durata della malattia comprende in media alcuni mesi, tuttavia non sono rari i casi abortivi che si svolgono entro il ciclo di poche settimane e quelli che superano l'anno. Il decorso più breve lo hanno in generale i casi postfebbrili, uno mediocre offrono i puerperali.

Gli esiti del delirio sensoriale sono la guarigione, il passaggio a stati inguaribili d'indebolimento mentale, la morte. La prognosi è discretamente fausta. In circa il 70 0|0 dei miei casi seguì la guarigione.

Come forme di transizione verso questa si hanno i periodi irritativi deliranti del cervello, gli stati duraturi d'esaurimento con

disposizioni dell'animo per lo più irritabili; nei casi più gravi uno stupore da esaurimento può costituire una linea di passaggio verso la guarigione di questa forma. Meynert ha visto la guarigione di questa tener dietro ad uno stato maniaco. Egli crede che la mania, riferibile ad un'iperemia funzionale per aumentato afflusso arterioso, sia un mezzo di riparazione ad un cervello confuso ed allucinato in seguito ad esaurimento anemico. Io ho trovato tali manie reattive soltanto 3 volte in 40 casi ben netti di delirio sensoriale.

L'esito in uno stato d'indebolimento mentale inguaribile avviene per ciò che l'esaurito cervello non si rialza più nella nutrizione e avvengono delle metamorfosi regressive e delle atrofie finali nella corteccia cerebrale. Si osservano perciò decadenze durevoli nelle facoltà psichiche; il malato diviene sempre più inetto alla giusta appercezione ed alla formazione dei giudizi e delle conclusioni, non ostante che i deliri ed i disturbi sensoriali divengano sempre più deboli ed impallidiscano. Anche le disposizioni affettive e le azioni divengono sempre più oscure e frammentate. Così si forma gradatamente uno stato di disordine generale e durevole.

Un passaggio di questa forma alla paranoia (sistematica) io non ho mai osservato. Non è neppure teoricamente supponibile, poichè all'acme della malattia giammai il cervello esaurito si ristabilisce così ampiamente da poter collegare logicamente i deliri; e invece prendendo la malattia una buona piega i deliri si correggono rapidamente ed i disturbi sensoriali scompaiono. La comprensione del quadro morboso nel senso di una paranoia acuta (primaria) non è perciò accettabile. Si tratta nel nostro caso di un processo al tutto differente geneticamente e clinico-prognosticamente, pel quale è indispensabile una denominazione speciale.

L'esito letale è possibile pel progressivo esaurimento e per la inanizione terminale che si manifesta col delirio acuto, poi per pneumonite, e specialmente per tisi polmonare (diminuita nutrizione, insufficiente respirazione) che colpiscono facilmente l'organismo esaurito.

Gli stati di delirio sensoriale possono offrire difficoltà diagnostiche differenziali rispetto alla mania, alla melanconia ed agli episodi deliranti acuti della paranoia primitiva.

Per ciò che riguarda la mania, abbiamo talvolta su di un fondo di esaurimento cerebrale un quadro che si avvicina al delirio sensoriale, in quanto che appaiono dei disturbi sensoriali generali e dei deliri da inanizione che transitoriamente possono dominare la situazione; d'altra parte illude, nel delirio sensoriale, quella agitazione motoria spesso assai vivace che si presenta come reazione al delirio stesso, come pure la complicazione ad esso dei fenomeni irritativi psicomotorii simulanti facilmente gli stati maniaci, che qui possono aversi come complicazioni episodiche (per es. come mania mestruale), poi come stadi di transizione alla guarigione. Rapporto al primo argomento è a tenersi stabilito che i fenomeni della genuina agitazione motoria e la reale ideorrea sono estranei al delirio sensoriale, che qui le anomalie dell'umore e dei movimenti non sono se non fenomeni reattivi e che l'azione motoria non appare come tendenza automatica al movimento, ma piuttosto nel senso di un'azione impulsiva scaturiente dal delirio e dai disturbi sensoriali.

La mania episodica o finale verrà come tale riconosciuta dietro una esatta considerazione del decorso complessivo. Il delirio sensoriale può anche imporsi come melanconia attiva, qualora si abbia una reazione ansiosa da deliri terrifici e disturbi sensoriali.

Anche qui l'osservazione del decorso, la circostanza che la melanconia agitata è soltanto un'esacerbazione episodica di un quadro morboso, caratterizzantesi del resto come melanconia per l'arresto ed il dolore psichico primitivo, forniranno un criterio differenziale.

Dalla paranoia primitiva distinguesi il delirio sensoriale per la ragione che questo, raggiungendo anche una lunga durata, non arriva alla sistematizzazione ed alla connessione logica dei deliri con certo sistema. Questi rimangono idee sconnesse, deliri puramente allucinatorii. Poi nel delirio sensoriale si hanno i

disturbi considerevoli della coscienza, del processo formale dell'ideazione, e il variopinto scambio dei deliri.

Distintivo è poi il modo di sviluppo; nel delirio sensoriale si ha uno sviluppo acuto, invadente, nella paranoia primitiva uno stadio d'incubazione che dura mesi od anche un anno, periodo questo di presentimenti e di supposizioni. Soltanto gli stati di confusione allucinatoria delirante, che non di rado appaiono episodicamente nel decorso della paranoia primaria, possono offrire delle difficoltà e far confondere questo stato col quadro morboso del delirio sensoriale. La conoscenza e l'esame di tutto il decorso anche qui chiariranno la situazione.

Terapeuticamente, nel delirio sensoriale vi sarà in prima linea da riparare al fondamento astenico dello stato morboso, il quale si rivela dall'etiologia e dalla sintomatologia. Soltanto sotto questo punto di vista si può ammettere un fausto prognostico. Chi al malato sottrae sangue, lo purga, lo nutre male, lo abbandona a sè o lo lascia in casa sua, avrà poco a rallegrarsi di buoni risultati.

Profilatticamente in certi casi sospetti, colla disamina ed il trattamento degli stati astenici durante le malattie febbrili ed il puerperio, si potrà ottenere qualche cosa.

Quando la malattia è già scoppiata sono da mettersi in prima linea la buona regola e la buona nutrizione. I malati devono essere messi in letto e respirare dell'aria fresca. Buona carne, latte, ova, vino riempiono l'indicazione causale e sintomatica. In un caso grave complicato ad insufficiente alimentazione, ho avuto un successo decisivo coi clisteri di carne pancreatica di Leube. L'albuminuria, l'emorragia mestruale sono da tenersi d'occhio e da combattersi.

L'insonnio, spesso ostinato ed esauriente, è combattuto nel miglior modo colla birra, il vino, gli spiritosi, incidentalmente col cloralio; quando la nutrizione è migliorata si possono usare anche i bagni tiepidi. Negli stati gravi d'inanizione gli oppiati sono indicati e meglio che mai in unione al chinino, essendo, uniti insieme, un tonico pel cervello; in casi urgenti la canfora

(anche per via ipodermica) in unione all'oppio riesce utile contro l'agitazione e l'insonnio.

Osservazione XXIV.

Delirio allucinatorio puerperale complicato a mania mestruale.

Donna di anni 29, moglie di un impiegato di alto grado, deriva da famiglia disposta. Una sorella della zia è idiota, un'altra soffre d'istero-epilessia. Padre e madre erano neuropatici. Questa morì di tisi polmonare. La malata ereditò una costituzione neuropatica: fu allucinata occasionalmente in seguito ad intermittenti e a catarro bronchiale, ma in modo passeggero; più tardi ammalò di rosolia e rimase debole, nervosa, irritabile; era scrofolosa e soffrì per anni una carie fungosa. Fu curata con bagni in uno stabilimento iematico, in un clima meridionale. Assai irritabile fin dalla pubertà, emotiva. Colla pubertà (14 anni) la nutrizione generale migliorò, come pure migliorarono i fenomeni di debolezza irritabile. Matrimonio a 23 anni, imene carnoso, operato dopo due anni. In questo frattempo, in seguito a dolorosi tentativi di coito ed a insoddisfazione sessuale, subentrò grande ipereccitabilità del sistema nervoso con fenomeni isteropatici. Il modo di vivere era quello (nocivo allo stato suo) che consentivano le sue elevate condizioni sociali (andare in letto tardi, abuso di thè, pasti complicati). La malata divenne sempre più irritabile, debole, eccentrica, senza tuttavia offrire i fenomeni gravi dell'isterismo. Negli ultimi anni fece abuso di vino e thè; rimase incinta nel 1880. Durante la gravidanza crebbe la neurastenia e l'irritabilità; la gravidanza durò circa 10 mesi. Il parto seguì aumentando l'agitazione; espulse un grosso bambino, il parto fu difficile relativamente e durò 40 ore; prese molto cloroformio. Atonia dell'utero, non grave emorragia. Il latte fu represso. Dopo il parto divenne debole, irritabile, nervosa, insonne, di umore variabile, fu presa di frequente da sensazioni ansiose. Le persone prima a lei care le erano sgradevoli. Ebbe una paura violenta con reazione convulsiva.

Il 16 luglio, sotto le mestruazioni, dopo un giorno di grande irritabilità, agitazione ansiosa, cefalea, flussione al capo e leggero moto febbrile, la malata divenne confusa, delirante, agitata, aggressiva. Ebbe un giorno di agitazione maniaca a colorito ninfomaniaco, seguita da delirio, da grande disorientamento, disturbi sensoriali; si crede morta, avvelenata. Poi delirio a colorito ambizioso, idee di essere imperatrice d'Inghilterra, czarina di Russia. Al cessare delle mestruazioni cadde in uno stato di grande esau-

rimento che crebbe fino allo stupore Era calma, ma durevolmente allucinata e delirante, con prevalenti idee di grandezza.

In tale stato fu condotta dall'Italia meridionale a Graz ed affidata alle mie cure il 10 agosto 1881.

Magra, pallida, debole, polso piccolo, temperatura subnormale, avea acquistato un catarro vescicale con ritenzione d'urina. In certi giorni emetteva solo 800 cm. c. di urina con bacteri e molti fosfati terrosi. Nessun altro disturbo vegetativo, nessun segno di degenerazione. Sonno turbato.

Ordinazioni: riposo, regime campestre, buona nutrizione, vino e birra come ipnotici, chinino, ferro, bagni tiepidi, cura del catarro vescicale.

Lo stupore durò fino a mezzo agosto: persistettero le allucinazioni vivaci, le idee erotiche ed occasionalmente le espressioni d'ira, le idee di magnetismo, mesmerismo; si dichiara una ladra, una spia; altra volta vede diavoli che la vogliono portare all'inferno.

Collo scomparire dello stupore la malata manifesta una quantità di deliri. Vede nell'infermiera una grande nemica che si chiama dottore, professore, che tenta stuprarla come già ha stuprato la madre di Dio (interpretazione illusoria del cateterismo). Così il termometro ed altri strumenti son presi come istrumenti micidiali. Mangia poco, diviene aggressiva.

Il 21 agosto profuse mestruazioni, che durarono fino al 23. Diviene ninfomaniaca, secerne molta saliva, è agitata, ideorroica, assume posizioni erotiche, grottesche. Transitoriamente si osservano dei crampi clonici (bromuro di sodio, cloralio). Collo staccarsi di una decidua (dismenorrea membranacea), insieme a dolori colici la mania ninfomaniaca ed il delirio allucinatorio raggiungono il massimo grado. Ai 9 settembre nuova mestruazione e di nuovo la mania, ma però non così di alto grado (bromuro di sodio?). La congestione mestruale diè luogo ad un endometrite catarrale. Il delirio durante quest'affezione ebbe sempre colorito sessuale, fu riflesso da sensazioni locali. Molte sensazioni paralgiche alla cute sono interpretate allegoricamente. Vede il diavolo, talvolta si crede una prostituta, una bestia. Domanda: sono io un cavallo? Ha delirio di grandezza e di persecuzione « sono la regina Elisabetta ». Le parole e le azioni sono conformi al delirio. Associazione delle idee sempre più superficiale, collegata ad analogie di parole (caffè-Caffarelli; Charonne-Charenton; je bats-débats, mormons-moribonds ecc.).

Ai 10 ottobre tornarono in campo le mestruazioni e l'endometrite. Delirio sessuale. Le si mettono in corpo, coll'elettricità e col magnetismo, dei diavoli, degli animali (cardialgie, coliche). Le si danno tutti i veleni possibili (cloralio, laudano). Nel thè vi ha petrolio, nella casa vi ha la peste ecc. Dal 18 al 20 ottobre il delirio è interrotto da un leggero eccitamento maniaco. Non emorragia, ma aumento del catarro uterino. Molti fenomeni

neuralgico-paralgici (neuralgie intercostali, lombari, uterine, irritazione spinale) sono interpretati come conseguenza dell'elettricità ecc. Cessato lo stimolo sessuale, è nuovamente a Roma con Cagliostro, streghe, sacerdoti falsi, animali spaventevoli ecc. Aumenta il delirio di grandezza. Atterrita, confusa, accidentalmente si mostrano però anche le traccie della coscienza chiara, coll'appercezione dei disturbi mentali, fino a farle dire: io sono caduta nella fanciullezza, ho una malattia del cervello, sono folle.

Alla fine d'ottobre comincia a migliorare il catarro vescicale. Le illusioni olfattive e gustative si fanno più rare e la nutrizione migliora. Si succedono le mestruazioni (dietro l'uso del bromuro di sodio a 4,0 al giorno) senza eccitamento maniaco al loro cessare; non manca però il delirio di avere, come abitualmente, un colorito sessuale.

Il 5, 2 emorragia mestruale nonostante l'ergotina. Verosimilmente è un fatto costante che sotto l'influenza della perdita si ha una esacerbazione considerevole del delirio allucinatorio ed un leggero eccitamento. Tutto è avvelenato, appestato, il colera è in casa. Essa giace su cadaveri di cavalli, ha la risipola per tutto il corpo, è sezionata viva; si lagna di una cattiva musica, di voci insultanti che essa sente. Decadimento nutritivo, prostrazione delle forze. Clisteri di carne pancreatica (300 gr. al giorno). Comincia a migliorare vegetativamente. Prende nel cibo tannati di chinoidina, ferro dializzato, malaga, estratto di china. Scompare il catarro uterino. Le notti sono più calme, le mestruazioni (ergotina) più regolari, non accompagnate a forte eccitamento, senza sensazioni speciali.

Ai primi di aprile più calma, ordinata e decente, allucinazioni ed illusioni rare. Comincia ad orientarsi, ma è ancora molto esaurita, ha molte analogie col bambino. Appaiono ancora qua e là le traccie del delirio (deve dirigere il parlamento d'Inghilterra ecc.). La nutrizione è migliorata, le mestruazioni sono regolari. Nel corso del mese di maggio la coscienza si chiarisce. È esaurita, ma la personalità è integra. In giugno e luglio appetito e sonno normali, si sente finalmente guarita.

Il ricordo della malattia è oscuro, sommario, mancante nel periodo stuporoso.

Osservazione XXV.

Delirio sensoriale acuto allucinatorio.

D. 34 anni, legnaiuolo, fu condotto alla clinica confuso ed allucinato il 7. 5. 81. Padre morto di apoplessia cerebrale.

Fin da bimbo debole, malaticcio, ma ben costituito. Si ammogliò a 24 anni, generò 4 figli, i quali morirono tutti, l'ultimo di convulsioni

il 17. I. 81. Per questo fatto rimase in uno stato convulsivo tonico, per alcuni minuti, pallido e cogli occhi sbarrati. Rinvenne pel freddo. Continuò ad esser depresso, a piangere la morte dell'amato figlio, ad accusar cefalea. Cominciò a dormire poco, a stancarsi presto nel lavoro. Aumentando la debolezza corporea, cominciò a ber vino contro le sue abitudini, senza ubbriacarsi, a legger molto i libri religiosi persino nella notte.

Alla metà d'aprile, notti insonni o turbate da cattivi sogni, oppressione, agitazione nervosa, irritabilità. Il 28 aprile, dopo una notte insonne, cominciarono le allucinazioni. Vede aperto l'inferno per lui, ed escluso lui dal cielo dove sperava trovare il figlio. Ansioso, eccitato, Dio è in lui e per lui parla. Confuso, totalmente disorientato, ciera turbata, ha visioni terrificanti, getta le coperte dal letto. Illusioni ed allucinazioni; offre prevalentemente il quadro del delirio religioso-espansivo con idee demonomaniache. Riconosce Satana nel medico, diviene aggressivo, talchè bisogna isolarlo.

Malato di media grandezza, nutrizione scadente, pallido, anemico. La lingua mostra tremore da inanizione. Polso piccolo, debole, 108. Non febbre, non malattie vegetative, non segni di degenerazione.

Colla morfina e col cloralio ha dormito bene dal 5 al 9. Il 9 è calmo, meno confuso, racconta di cattivi spiriti che ieri vedeva, di Satana, di scimioni, di sacramenti, di fiamme che vedeva allo svegliarsi. Dietro il buon riposo e la buona nutrizione la coscienza si schiarisce e scompare il delirio allucinatorio.

Il malato (12,5) parla del suo stato, attribuendolo alla morte del figlio. Racconta ancora che, per timore di aver molti figli, soddisfece per tre anni all'istinto sessuale coll'onanismo. Non ebbe mai antecedenti epilettici. È ancora esaurito e lagnoso, ma ha raggiunto la completa coscienza del suo stato; con un buon regime si rialzò rapidamente e fu dimesso guarito il 27, 6. La guarigione si è stabilmente conservata.

CAPITOLO V

Paranoia secondaria e demenza terminale

Esiti inguaribili delle psiconeurosi.
Stati secondari d'indebolimento psichico (1).

L'esito infausto di tutte le psiconeurosi che non raggiungono la guarigione è un processo progressivo di distruzione nell'esistenza psichica, una decadenza nel contenuto e nella storia della personalità. Questo grave processo d'involuzione psichica prima della dissoluzione corporea, si rivela talora come espressione di gravi alterazioni cerebrali, quali specialmente si hanno nella mania con furore, in modo estremamente rapido; in altri casi compare gradatamente; così colpisce prima le idee etiche, poi le funzioni intellettuali, specialmente la memoria ed i processi etici, finalmente vengono colpite le qualità d'appercepire ed i movimenti affettivi; e della primitiva grandezza di un essere umano non rimane che un involucro corporeo colle sue funzioni automatiche e puramente vegetative.

Un segno preliminare del subentrante decadimento psichico è la fisonomia del malato. Essa assume un aspetto speciale, stravolto, in parte per disuguale innervazione di gruppi muscolari omologhi, in parte per contrattatura mimica. L'espressione del viso ritiene qualche cosa di invecchiato, di confuso ed insieme alla rigidità morbosa degli occhi lo sguardo diviene fisso in modo speciale.

(1) Griesinger, *Pathol. d. psych. Krankheiten*, p. 322; Wunderlich, *Pathol.*, II Abth., 1, p. 1260; Kraepelin, *Archiv. f. Psych.*, XIII, H. 2, *Ueber psychische Schwäche*.

Col subentrare dello stadio d'indebolimento, la fisionomia acquista (poichè non intervengono più gli affetti e nessun altro movimento psichico) il carattere dell'insignificante, del vuoto. In questo stato d'indebolimento psichico mancano quei disturbi, spesso assai notevoli, delle funzioni sensoriali, vasomotorie e trofiche, che si hanno negli stati delle psicosi affettive. I processi vegetativi, il sonno, la nutrizione, salvo complicazioni somatiche, non lasciano osservare alcun disturbo considerevole.

Al contrario trovansi dei disturbi trofici, ancora oscuri riguardo alla loro intima natura, che sono in complesso l'espressione di una vecchiaia precoce, talchè questi malati sembrano più vecchi di quello che realmente sono.

Queste atrofie o distrofie si manifestano specialmente col precoce incanutimento, la scomparsa del grasso, la secchezza o mancante freschezza della pelle, con lenta circolazione nelle vie capillari, tendenza agli edemi, pitiriasi, ematomi alle orecchie, adiposi degli organi, massime del cuore, e precoce arteriosclerosi.

Con ciò si spiega in parte il marasmo e la corta durata della vita negli abitatori del manicomio.

È quasi impossibile raccogliere in un quadro clinico generale questi processi di dissolvimento psichico così individualmente diversi qualitativamente e quantitativamente. All'ingrosso si possono distinguere due stati fondamentali:

1. La paranoia secondaria.
2. La demenza terminale colle sue due varietà cliniche:
   a) l'agitata.
   b) l'apatica.

1. La Paranoia Secondaria.

Sotto questa denominazione si comprendono tutti quegli stati, nei quali le idee deliranti stabilitesi durante lo stadio affettivo precedente, esistono più o meno stazionarie, anche dopo che si sono spenti gli affetti che loro avevano dato origine, come forma de-

lirante duratura e si stabilisce una personalità tutta nuova e sopratutto con rapporti tutti diversi nella vita da quelli che avrebbe prodotti l'io sano.

A ciò si unisce un altro disturbo importante, e cioè la mancante capacità dei sensi a controllare le idee deliranti con quelle ancora logicamente presenti alla coscienza.

Manca sopratutto quella speciale congruenza che si ha nelle pazzie affettive fra sentimenti, idee, istinti.

L'unità della personalità psichica dell'io non è più conservata. L'io storico unitario è di tanto distrutto per quanto si conservano i gruppi di idee deliranti, ed indarno si cerca coll'attenzione di riconoscere in questo sfacelo i rapporti anche superficiali con cui queste idee deliranti, il cui contenuto è perfettamente contradditorio, obbediscono alle leggi del tempo, dello spazio, della logica, a cui possono essere diametralmente opposte, ed in qual modo si associano fra di loro.

Questa mancanza considerevole delle qualità necessarie ad apprezzare le differenze e le contraddizioni significa un profondo indebolimento di tutti gli altri processi intellettuali, del giudizio, della logica e della memoria. Una attitudine mentale, quale era possibile prima della malattia, un'aspirazione fondata, una creazione divengono impossibili. Il malato si muove entro il circolo delle sue idee fisse, la cognizione di sè e del mondo esterno è divenuta tutt'altra cosa. Il malato può bensì (poichè il meccanismo delle idee è intatto e non è turbato da alcuna commozione affettiva, poichè esistono ricchi residui della sua precedente vita sana) sostenere in qualche modo la conversazione, ma non può esser fatta parola nè di acume, nè d'ingegno. Il paranoico secondario non è capace di un'attività mentale ordinata, poichè con costanza morbosa ritorna di nuovo alle sue idee fisse e vi si agita dentro forzatamente. Cosa che cade specialmente sotto vista è l'indifferenza etica e la decadenza emozionale di questa categoria di malati. L'intera vita decorsa, coi rapporti affettivi di famiglia e di amicizia è a loro divenuta estranea e così essi sono insensibili per il bene ed il male della loro attuale posizione. Soltanto ciò che riguarda

direttamente il nucleo delle loro idee deliranti, siano influenze eccitatrici od arrestatrici, può ancora risvegliare, almeno in principio, degli affetti; col tempo però si spegne anche l'eccitabilità pel circolo delle idee morbose ed il loro delirio pallido, oscuro in coscienza, non comprensibile, si riproduce totalmente senza affetti, non si tosto che impressioni esterne o facoltà associatrici lo richiamano alla coscienza.

Nei gradi estremi della paranoia (in transizione verso il disordine generale) esiste un completo acceleramento, senza senso e connessione, o una completa diminuzione delle idee nella coscienza, le quali sono soltanto rattenute lacunarmente, colla fissità propria alle idee coatte. Spesso si trovano in questi paranoici anche le allucinazioni, o almeno delle idee molto vivaci, che costantemente rinforzano il ciclo delle idee deliranti; ma anche qui si mostra l'indebolimento, poichè non si produce mai niente di nuovo, al contrario di quanto avviene nel delirio attivo, creatore, fantastico, logico delle pazzie affettive e della paranoia primitiva.

Il delirio del paranoico secondario rimane come morto, con una quantità di idee non suscettibili di alcuna modificazione; al progressivo spopolarsi della vita psichica diviene sempre più pallido nelle frasi e più indifferente nel contenuto, senza alcuna tendenza a dare importanza a ciò che è sentito e pensato in modo delirante.

La paranoia è l'esito comune della pazzia melanconica con idee deliranti, quando questa non passa a guarigione. Molto più raramente la paranoia è l'esito della mania, poichè in questa, pel rapido corso di tutti i processi psichici, il fissarsi ed il sistematizzarsi di questi soltanto di rado è possibile.

Tali stati di paranoia secondaria si conservano allo stesso livello anche per anni, finchè poi anche in esso subentra un progressivo, demente indebolimento e le idee deliranti divengono sempre più pallide ed insignificanti.

Osservazione XXVI.

Mania con furore.

Esito in paranoia secondaria.

Graupp, contadina, 29 anni, deriva da padre pazzo. Si maritò nel 1876. Senza ragione nota, dopo 14 giorni di melanconia, entrò in un eccitamento maniaco nell'agosto 76, che passò subito al furore. Predicava, cantava, rompeva, si spogliava.

All'ammissione grande esaltamento, parla tedesco puro, mai il dialetto, emette sentenze liturgiche, catechizza il vicinato. Segni d'alterazione, parlare rimato. Nel contenuto espansivo del delirio trovasi un nucleo di idee erotico-religiose. È madre di Dio, piena di luce e di forza, tutto le è possibile, essa è vergine, ricca, forte, ha liberato il mondo dall'inferno ecc.

Fronte sfuggente, orecchie piccole, pupille dilatate, tarde a reagire. Polso 100, cattiva nutrizione, considerevole anemia, utero senza lesioni.

Insonne, leggermente congesta al capo, ha scialorrea, balla, predica, canta, è erotica ecc. Ha partorito 5 bambini, fra i quali Gesù bambino, è la regina del cielo. Allucinazioni visive ed acustiche; rimane talora in uno stato d'estasi e predica.

Dietro l'uso del cloralio e bromuro (8 gr.) e coll'isolamento, la mania diminuisce, ma si eleva il sentimento di se stessa, che trova la sua espressione nelle parole e negli affetti; anche le idee deliranti rimangono incontestate. È calma, si occupa, solo durante le mestruazioni si eccita, predica, si ritiene Maria regina dei cieli, talvolta diviene aggressiva contro i vicini che essa crede diavoli.

In modo sempre più considerevole si sviluppa uno stato duraturo secondario di paranoia erotico-religiosa.

Le idee deliranti si fanno sempre più confuse; è stata assunta 6 volte al cielo, 6 volte consacrata imperatrice. Maria Teresa è sua nonna. Gli angeli che suonano le trombe in cielo sono tutti d'oro e di pietre preziose; quando verranno a terra diverranno porci spini. Essa è santa, ha partorito 5 angeli.

Gli antecedenti della vita sana sono divenuti cosa estranea alla malata. Le attuali idee deliranti non sono più accompagnate ad affetti vivaci. Soltanto quando la s'interroga dà in sfrenate espressioni d'ira, dichiara lo interlocutore per Lucifero, lo carica d'invettive, invoca su di lui l'ira celeste. Pel resto è calma e soli i modi affettati e la parola altitonante tradiscono i suoi profondi disturbi.

Un fondamento ed un legame logico delle idee deliranti, che in gran parte si fondano sullo stato estatico e sulle allucinazioni, non esiste e la malata non produce niente di nuovo da ben due anni; all'opposto le idee deliranti divengono sempre più pallide e frazionate, la malata si è fatta meno eccitabile. È incontestabile uno stato progressivo d'indebolimento mentale.

2. Demenza terminale.

L'esito finale delle psicosi non guarite, quando la vita si conserva a lungo, è dato dagli stati della demenza. Essi sono la espressione di quel processo formativo nella corteccia del cervello, che noi abbiamo compreso nel quadro dell'atrofia.

A seconda della natura del processo anatomico, può la demenza subentrare estremamente presto, per es. dopo grave mania con furore; oppure al tutto gradatamente nel decorso di anni, così per es. come esito della paranoia secondaria. Clinicamente esistono numerose varietà rapporto all'intensità ed all'estensione dell'indebolimento psichico, il cui estremo limite è la demenza apatica.

Nei casi concreti sono da esaminarsi le diverse funzioni della vita intellettuale, massime il modo e le circostanze delle funzioni etiche ed estetiche, l'acume dei giudizi, della logica, la grande o piccola energia della volontà, la celerità o lentezza dell'appercezione, della combinazione, delle azioni, la capacità della memoria coll'indagine delle sue diverse qualità, per così avere una misura del grado dell'esistente indebolimento psichico. I più leggeri gradi, i quali segnatamente si hanno non di rado dopo gravi melanconie o manie, sfuggono spesso all'osservazione. Questa leggera decadenza delle facoltà mentali spesso non si rende palese nei manicomi dove il malato, fra gli altri, figura come guarito, ma soltanto dopo che è dimesso e riprende le sue primitive occupazioni nel mondo. Quanto più difficile e più elevata è la posizione nella vita, altrettanto prima si mostrerà il decadimento mentale del soggetto che ha sofferto la grave malattia.

Soltanto un fino osservatore, il quale abbia esattamente esplorato la personalità precedente, riconosce di poi che il malato ha perduto nel suo contegno etico, che è indifferente a certi rapporti della vita, ottuso nei suoi affetti, rilasciato nei suoi principii morali, meno energico nelle sue tendenze. Si ha inoltre leggera oscurità della memoria, attitudine lenta e poco amore al lavoro, alterazione del carattere nel senso di una irritabilità dell'animo; così diviene sempre più considerevole l'indebolimento mentale e non disconoscibile pel giudizio forense, in quanto che, per la perdita dei sentimenti morali, questi malati divengono più facili a certe azioni e meno resistenti agli affetti.

Riguardo agli stati finali di demenza secondaria, si possono distinguere due quadri fra di loro ben netti.

a) *La così detta demenza agitata. (Disordine generale — démence).*

Qui esiste ancora un certo eccitamento nel campo psichico, esistono ancora idee ed aspirazioni, ma in un meccanismo totalmente sfasciato, il cui legame è divenuto autonomo, non più raffermato nell'unità di una coscienza, di un io. L'ideazione di questi malati è al tutto vaga, senza scopo, accidentale, legata ad analogie superficiali nel suono delle parole, oppure totalmente vuota di associazioni ideali. Anche il senso logico delle parole è perduto, il malato emette parole senza significato per lui, pallidi gusci di parole, residui di vecchie idee e di vecchie rappresentazioni motrici.

Per la sua agitazione e confusione il malato ricorda spesso il maniaco, ma quest'analogia è molto superficiale. Invece di affetti vivaci come nel maniaco, trovasi una ciera stupida che si agita fra l'insulso riso ed il ringhio piagnucoloso, un contegno fanciullesco, scipito. Mentre nel maniaco, anche nell'acme della confusione, le idee sono nel complesso logiche ed associate, la confusione del demente agitato è senza base, per lo più vuota di ogni associazione. Mentre nelle remissioni della mania riluce la primitiva energia mentale, qui oltre allo spet-

tacolo ed al processo sconvolto col quale decorre il meccanismo diffettoso, fa capolino la notte della demenza.

Nonostante tutta l'attività, qui non è possibile un'aspirazione, sintesi delle disparate idee lacunari per formare un giudizio, una conclusione, per dar luogo ad un'azione ragionata.

E finalmente la mania è uno stato temporaneo remittente, la demenza agitata uno stato terminale durevole.

Questi fenomeni terminali, che arrivano ad un disordine generale, sono a preferenza stadi di esito del delirio sensoriale, come pure della mania che non passa a guarigione.

Osservazione XXVII.

Mania in seguito a pneumonite.

Esito in demenza agitata.

Beng, contadina, 23 anni, senza disposizione ereditarie, madre di 3 figli, ammalò nel settembre 1871 di pneumonite cruposa destra. All'acme della malattia si stabilì un forte delirio febbrile, nello stadio della risoluzione un eccitamento maniaco che presto crebbe fino alla mania con furore. Insonne, canta, fischia, predica ecc. Voce irritata, collerica. Come nucleo del delirio trovasi un contenuto demonomaniaco con riconoscimento ostile del vicinato. Essa vede streghe, spettri, è posseduta dal diavolo.

All'ingresso, 9. 10. 71, è all'acme della mania, agitatissima, confusa. Nella corsa fugace delle idee, in cui hanno grande ufficio l'assonanza e l'alliterazione, appaiono frammenti di delirio di persecuzione (diavoli, streghe, vitriolo che le hanno messo nel cervello) accanto al delirio di grandezza. Coscienza profondamente turbata, vicinato coinvolto dentro le idee deliranti.

Di media statura, fronte stretta, nessun disturbo vegetativo, nessuna anomalia dello scheletro, non febbre. Polso 88, nutrizione scaduta, pelle pallida, pupilla sinistra midriatica. Movimenti e tremori fibrillari ai muscoli del viso, strabismo passeggero.

In novembre si ebbero remissioni, ma la malata rimaneva confusa, esaurita, debole di mente. Nel corso del dicembre divenne più calma; le fasi di eccitamento, che in parte offrivano carattere iroso reattivo contro la persecuzione demoniaca, in parte il quadro dell'eccitamento gaio con delirio di grandezza, d'agitazione motoria, con canti, risa ecc., si mostra-

rono di poi soltanto per ore. La nutrizione si rielevò, le mestruazioni divennero regolari, ma la malata non si fece per questo sensata, i suoi stadi d'eccitamento presero sempre l'impronta di un'ira puerile ed anche nei tempi di calma relativa era incontestabile una crescente confusione e debolezza mentale. La terapia con bagni ed iniezioni di morfina rimase senza effetto

Gli accessi maniaci scomparvero totalmente nella primaveva del 1872. Si rese manifesto uno stato dominato da regolari allucinazioni acustiche e visive. La malata non palesa scopo alcuno, si aggira all'intorno senza fine, ora insultando in base ai residui monomaniaci, ora ridendo, cantando, gesticolando. In risposta alle domande, od anche spontaneamente, porta in campo altresì dei frammenti di pregresse idee deliranti, per lo più a contenuto demonomaniaco, oppure delle parole prive affatto di significato. La decadenza mentale fa sempre ulteriori progressi, la malata è sporca, dovrà abitare sempre il manicomio.

b) *Demenza apatica.*

Il grado estremo del decadimento mentale è segnato dalla demenza apatica, quale si ha direttamente dopo una grave non guarita melanconia, massime attiva o stuporosa, e dopo gli accessi di una grave mania con furore.

La fisonomia porta in tali casi l'espressione della completa nullità, l'innervazione degli estensori è paralizzata totalmente, cosicchè il corpo obbedisce solo alla legge di gravità e si modifica il suo portamento a seconda di questa. Il mento si china sul petto, le articolazioni prendono una posizione leggermente flessoria, la saliva scorre dalla bocca del malato.

Nel campo psichico domina perfetta calma. L'appercezione diviene una percezione pallida, la sensibilità e l'eccitabilità riflesse son ridotte al loro *minimum*. Colla perdita di ogni attitudine mentale, gl'infelici malati sembrano animali scervellati ed infatti la loro corteccia cerebrale è assolutamente fuori di funzione. Essi non prendono alcuna cura di sfamarsi, non vedono più alcun pericolo; si deve nutrirli, vestirli, sorvegliar la defecazione. Nei gradi più profondi di questo stato vanno perdute, colle idee, anche le rappresentazioni motrici. Così,

riguardo al linguaggio si ha una vera afasia amnesica. Questa morte psichica dura alle volte per anni, finchè subentra poi la morte corporea. In generale questi malati non vivono molto a lungo, in quanto che la paralisi dei centri psichici si diffonde al respiro od al circolo, e la scarsezza dei movimenti, anche respiratorii, dà luogo a considerevoli disturbi della circolazione e della nutrizione e, per pneumonite, diarrea colliquativa od altro, ha luogo per lo più in breve tempo l'esito letale.

Osservazione XXVIII.

Mania con furore. Esito in demenza apatica.

Kampf. 28 anni, calzolaio, senza disposizioni ereditarie, ma fin da ragazzo facile a spaventarsi, a 19 anni sofferse un accesso di melanconia e ne guarì dopo un mezzo anno.

Alla fine di giugno 1873 entrò nella casa paterna turbato e sconvolto. Ansioso, insonne. L'agitazione andò aumentando, divenne ideorroico, confuso, si dichiara re d'Allemagna. Egli è Adamo, Giovanni, il salvatore del mondo, la campana di Schiller è la più bella; canta, fischia, apre e chiude porte e finestre, vede fuoco nell'aria, il diavolo, si sente chiamare da questo, crede lo si voglia bruciare, che si voglia tagliargli la testa. Mangia quasi nulla, ha molta sete, soffre di costipazione.

Fu ricevuto in uno stato di completa mania il 2. 7. 73. Il corso del suo pensiero era accelerato fino alla ideorrea, disordinato; transitoriamente apparivano idee deliranti di essere il Salvatore, S. Giovanni Battista ecc. La coscienza era molto turbata, i movimenti non sono tanto sfrenati, è portato però a distruggere, ha allucinazioni visive ed uditive (diavolo, Dio). Apirettico, polso 80 battute. Organi vegetativi intatti. Ad eccezione di una considerevole sporgenza dell'occipite, non presenta alcuna abnormità cranica.

L'eccitazione motoria, l'ideazione disordinata, i disturbi sensoriali durarono nonostante i bagni prolungati per più settimane, anzi si fecero più forti, con brevi remissioni.

Dopo 5 mesi di mania, nel qual tempo la nutrizione decadde molto, subentrò gradatamente la calma e l'esaurimento. Il malato rimase però molto confuso, sporco, con affetti pallidi ed infantili; assumeva per ore bizzarre posizioni, non mostrava più alcuna reazione agli stimoli del mondo

esterno, neppure a quello di una forte corrente faradica. La ciera prese l'espressione della completa nullità, gli occhi divennero fissi nel vuoto, il contegno divenne cascante, trasandato. La saliva scolava dalla bocca, non parlava, il corpo si ingrossò. Alla fine del 1874, in uno stato di completa demenza apatica, fu condotto in uno stabilimento d'invalidi.

SEZIONE II

Le degenerazioni psichiche (1).

CAPITOLO I

Prospetto clinico generale.

La situazione etiologico-antropologica di questi stati psicopatici fu già discorsa nell'introduzione (classificazione), dove si notò lo speciale proteiforme decorso e il reperto clinico di queste forme rispetto alle psiconeurosi. Rimane ora la suddivisione speciale di questi stati tanto individualmente diversi, la quale è a connettersi coi fenomeni molteplici di un sistema nervoso centrale abnorme, perversamente funzionante. Essi cadono in gran parte nella rubrica della costituzione neuropatica, di quella debolezza irritabile che a noi fin dallo studio dell' etiologia (vol. I, pag. 181) è nota come importante causa predisponente. I segni di questa costituzione neuropatica sono individualmente assai diversi. In generale si rende soltanto palese che in tali esistenze morbosamente organizzate, il sistema nervoso centrale manifesta una capacità assai debole di resistenza ed è abnormemente

(1) Morel, *Traité des dégénéresc.*, 1857; *Traité des mal. ment*, 1860; *Traité de la méd. légale des aliénés;* lo stesso, *De l'hérédité morbide progressive*, 1867; v. Krafft, *Friedreich's Blatter*, 1868; Legrand du Saulle, *I disturbi mentali ereditarii.*

teso ed esauribile e che le attività cerebrali ora si manifestano con energia morbosa, ora in modo debole o perverso.

Etiologicamente è a sapersi che gli individui di questa categoria per lo più derivano da genitori pazzi, neuropatici, abnormi per carattere o dipsomaniaci; o che nei primi anni agirono dei processi costituzionali danneggiando lo sviluppo del cervello e del cranio (rachite, idrocefalo), od anche affezioni cerebrali molto più gravi (iperemie meningitiche), oppure malattie spontanee, accidentali, infettive, acute e di origine traumatica, i quali elementi tutti colpiscono nello sviluppo il cervello ereditariamente disposto od anche ben costituito organicamente e funzionalmente. Con ciò si origina (per gravi influenze nocive) un arresto nello sviluppo progressivo, che si fa abnorme e prende direzione molteplicemente diversa. Questo inquinamento si rivela in parte con segni di degenerazione funzionale generale del cervello, in parte psichicamente con anomalie dello sviluppo del carattere, del lato etico e della vita degli istinti, mentre le funzioni intellettuali si possono conservare in buono stato. La funzione anomala, anzi perversa dell'organo centrale si estrinseca specialmente:

a) Nel campo del processo vitale sotto forma di grande morbilità, breve durata della vita media, non comune reazione alle influenze atmosferiche, telluriche, alimentari, grande elevatezza ed irregolarità della curva termometrica nelle malattie febbrili, le quali hanno d'altronde un decorso tipico; grande eccitabilità nervosa fino ai fenomeni neurotici più gravi (convulsioni, neurosi, psicosi) nelle fasi della vita fisiologica (dentizione, pubertà, mestruazioni, climaterio), precoce arrivo della pubertà, sopratutto precoce sviluppo psichico-corporeo in un corpo tuttavia debole e spesso gracile, colorito delicato, costituzione linfatica, tendenza alle malattie scrofolose nella fanciullezza e più tardi alla tubercolosi. Spesso trovansi fin dalla pubertà degli stati profondamente costituzionali d'anemia e clorosi, nonostante ogni cura.

b) Nel campo delle funzioni cerebrali generali trovasi una compartecipazione, vivace in modo non comune, del sistema ner-

voso centrale anche nelle leggere malattie corporee, in forma di sonnolenza, sopore, delirii, allucinazioni.

c) Nella via dei nervi sensitivi esiste un'eccitabilità abnormemente facile ed una durata inabitualmente lunga dell'eccitamento con irradiazione di questo in tutti i campi nervosi remoti.

d) Nel campo sensoriale rilevasi una grande facilità alla iperestesia, accanto ad una accentuazione vivace in modo non comune delle impressioni di piacere o dolore, che possono essere pervertite; e così pure sono frequenti le idiosincrasie.

e) Il labile equilibrio dell'innervazione vasomotoria si rivela con una intensa compartecipazione di essa agli eccitamenti psichici (pallore, rossore, sensazioni precordiali) ed alle altre influenze che diminuiscono il tono dei nervi vasali (calore, alcool). Per regola queste costituzioni reagiscono all'alcool in modo straordinariamente intenso. Ugualmente la debolezza funzionale dei centri nervosi provoca l'inclinazione all'abuso dei mezzi stimolanti. Sotto la influenza deleteria di questi si sviluppano, sul fondo della disposizione organica, le forme più gravi della degenerazione funzionale.

f) Fra i segni di degenerazione funzionale sono a ricordarsi il nistagmo, lo strabismo, il balbettamento, le contratture ed i disturbi d'innervazione dei muscoli, massime del viso (tremori, tic convulsivi, ecc.), finalmente come fenomeni degenerativi più gravi, gli accessi epilettici ed epilettoidi (1).

g) Specialmente frequenti sono le abnormità funzionali dell'istinto sessuale, sopratutto in quanto che l'istinto sessuale manca, o appare abnormemente forte ed ardente e cerca un soddisfacimento impulsivo; oppure si mostra abnormemente precoce, fin nella prima fanciullezza e conduce alla masturbazione, o si mostra perverso, vale a dire non diretto alla soddisfazione normale dell'istinto.

h) La disposizione degenerativa si svela finalmente spesse volte con neuropatie che si originano dalla pubertà ed assumono

(1) Cfr. Griesinger, *Arch. f. Psych.* i, p. 320; Westphal, *id.* iii, p. 157.

un decorso progressivo sempre più grave, fino ai gradi estremi della degenerazione funzionale (neurastenia, ipocondria, isterismo, epilessia).

Fenomeni analoghi, che sono espressione di una predisposizione organica, di una psicopatica costituzione, li offre anche la sfera psichica.

Nella vita affettiva domina sopratutto una grande sensibilità ed irritabilità, che facilitano la venuta del dolore psichico e degli affetti, che raggiungono un'altezza patologica e possono degenerare in un completo disordine sensitivo.

In molti di tali individui esiste temporaneamente una tale emotività che ogni pensiero si trasforma in un moto dell'animo, un nonnulla in un affetto. Tale effetto possono esercitarlo leggere indisposizioni, le mestruazioni ed altri stati della vita fisiologica, come pure i cambiamenti di stagione, in quanto che turbano direttamente, o per l'intermedio di una neuralgia, le disposizioni dell'animo. Accanto a questa strana impressionabilità ed eccitabilità, trovasi non di rado una considerevole ottusità affettiva, e talvolta persino una non motivata alternanza fra questi estremi, che si rivela con strane antipatie e simpatie. In una buona serie di codesti neuro-psicopatici la vita affettiva oscilla costantemente fra l'esaltamento e la depressione, talchè non è mai possibile uno stato indifferente o normale, vale a dire libero d'affetti.

Nella fase d'esaltamento si palesa un'attività instabile con desideri strani od anche pericolosi, e con istinti impulsivi; nella fase depressiva il malato soffre di una irresolutezza penosa, di una forte incapacità ad agire, di idee fisse, significantemente di suicidio, prova delle sensazioni terrificanti come di divenir pazzo.

Una anomalia dell'animo caratteristica, che contrassegna un intero gruppo di stati degenerativi, è la completa mancanza, o almeno l'ineccitabilità dei sentimenti etici.

Nel campo dell'ideazione si ha la facile eccitabilità delle idee, che possono acquistare una forza formativa grandissima fino a divenire allucinazioni, la velocità dell'associazione, il modo moltcplicemente induttivo del pensiero; ma nonostante queste

attitudini proficue nell'arte od anche nella scienza, la debolezza irritabile impedisce il conseguimento dei risultati. I successi scientifici vengono sventati dal rapido esaurimento e dalla risultante incapacità al pensiero duraturo, e le attitudini artistiche naufragano nella mancanza di disposizioni intellettuali ed estetiche. Perciò le manifestazioni artistiche di questi individui rimangono barocche, mostruose, o per lo meno poco felici. Ugualmente esiste in sommo grado mancanza di fedeltà nella riproduzione delle idee.

Il processo d'associazione di questi individui è burrascoso. Appare come a sbalzi, trovansi dei passaggi bruschi, non graduati nel conversare. Un pensiero acutamente logico è ad essi estraneo, ma piuttosto l'associazione si collega all'analogia sonora delle parole, e i rapporti fra le idee sono così remoti, così inabitualmente barocchi che fanno l'impressione di slanci sfrenati del pensiero, che però velocemente si esauriscono. Non di rado trovansi qui idee fisse ed anzi deliri primordiali anticipati, che, nell'ulteriore decadenza psichica, vanno a finire in paranoia. Nella sfera volitiva trovasi una grande eccitabilità mentale anche sotto un lieve eccitamento ed una grande instabilità. Così si ha l'entusiasmo che presto sfuma, l'impulso a fare che mai porta a qualche fine e, per questa debolezza ed inconseguenza della volontà, l'individuo che presenta questa anomalia appare danneggiato nel suo carattere. In molti individui, massime in quelli forniti ereditariamente di questa abnorme costituzione, trovànsi anche gli atti impulsivi; così talvolta costoro, anzi costantemente in dati periodi di tempo, si sentono costretti a commettere azioni perverse, eccentriche, persino immorali, senza che loro ne sia noto il motivo. Talvolta questo si riscontra in disposizioni affettive dell'animo, idiosincrasie, idee fisse. Il tentativo di fare uno schizzo in modo compresivo-sintetico della personalità anomala complessiva dei soggetti in questione urta contro grandi difficoltà, in causa delle enormi variabilità individuali di questi degenerati. In complesso si può ammettere che in essi la sfera incosciente della vita mentale ha un giuoco maggiore che non nell'uomo normale. Con

ragione Morel chiama questi individui, tanto più se ereditari, uomini istintivi. Le loro idee fisse, gli atti impulsivi, gli strani pensieri giustificano questa denominazione.

Nel campo delle più elevate funzioni mentali si ha nel complesso la disarmonia. Lievi intelligenze, menti unilaterali (persino idioti), ingegno parziale e debolezza di volontà e di carattere, che si rendono palesi colla mancanza di contegno morale, coll'incapacità di condurre una vita ordinata, di resistere alle tendenze immorali; a ciò va unita una stravaganza ed unilateralità di certi pensieri e di certe direzioni dei sentimenti che tali individui lasciano baroccamente, forzatamente e morbosamente apparire, nella loro qualità di bizzarri e misantropi, nelle questioni politiche e religiose; finalmente si osservano certi capricciosi aumenti o rilasciamenti nelle tendenze, una freddezza ed indifferenza per questioni e doveri sociali molto interessanti, un'unilateralità nelle doti e nelle direzioni della volontà, indole ed azioni agitate, instabili, istintive, che costituiscono il complesso più frequente e saliente della personalità abnorme. Abbastanza spesso questa si palesa colla scipitezza del contegno, il modo di vestire ecc. L'originalità personale è anche manifestamente rivelata dall'espressione speciale (neuropatica) degli occhi, come pure dai così detti segni anatomici di degenerazione (vol. I, pag. 168). Questi adducono una prova sicura che fin dai primi tempi dello sviluppo esistevano influenze nocive, e sono l'espressione di un notevole decadimento nel modo di essere del tipo formativo, di una degenerazione. Moltissimi di questi individui tocchi si conservano temporaneamente in un campo di confine fra la malattia dichiarata e la relativa salute individuale. Essi perdono occasionalmente, per un'influenza psichica o somatica, il loro relativo equilibrio psichico e mostrano poi degli stati morbosi dell'animo, degli affetti patologici, pazzia transitoria ecc. Se poi sono colpiti da influenze nocive durevoli o spesso ripetute, essi cadranno certamente in preda a gravi disturbi mentali i quali, massime nell'età giovanile, avranno spesso rapidamente il loro esito in demenza. In ogni modo la propensione di tali individui tocchi a divenir pazzi

è molto grande. Lievi cambiamenti nella vita, nelle abitudini, le lotte del destino, i movimenti politici e sociali possono condurre a questo esito. Ed anche le fasi della vita fisiologica possono essere sufficienti a dare origine a questo stato. Uno dei periodi più pericolosi è la pubertà. Di frequente le preesistenti anomalie psichiche, le eccentricità, i paradossi nelle opinioni, nelle tendenze e nei giudizi forniscono il filo d'Arianna fra la costituzione psicopatica e la psicosi, mentre l'unilateralità o la debolezza dell'attività intellettuale, la stravaganza dei sentimenti e delle aspirazioni, le tendenze esistenti, le passioni e le abnormità del carattere rivelano un fondamento sufficiente alla pazzia, dato un futile momento occasionale, od anche spontaneamente, e col progressivo accentuarsi delle disposizioni morbosi degenerano finalmente in pazzia vera; oppure questa si sviluppa da una neuropatia costituzionale (isterismo, ipocondria, epilessia).

La prognosi in questi casi è generalmente infausta.

L'anatomia patologica di queste degenerazioni è ancora in gran parte inesplorata. Il substratum delle degenerazioni psichiche è morfologicamente ignoto ed il concetto di queste si può solo stabilire funzionalmente.

È degno però sempre di nota che sono cospicui e frequenti i disturbi dello sviluppo del cranio. Sthal (*Zeit. f. Psych.* 16, 17) pensa ad un ostacolo della diffusione in ispazio del cervello per turbato incremento del cranio (microcefalia) o ad una turbata costruzione per idrocefalo infantile (macrocefalia). Meynert (*Skizzen ecc.*, 1870) fa rilevare il valore della sproporzione fra cervello e cranio da una parte e lo sviluppo del cuore e dei vasi dall'altra. Arndt (*Lehrb. d. Psich.*, 1883, p. 325), trovò meno numerose e non così profondamente scolpite le circonvoluzioni cerebrali, frequenti gli arresti di sviluppo in certe parti del cervello, massime nei lobi posteriori e quindi perciò un corno posteriore dei ventricoli laterali assai breve.

Degni di nota sono finalmente i reperti di Arndt (*Virchow's Archiv.*, 1861, p. 512), che negli individui neurotici, originariamente tocchi, molte cellule corticali anche nel cervello adulto

rimangono allo stadio embrionale e l'involucro mielinico dei cilindri assili rimane imperfetto ed inoltre si ha un'imperfezione delle vie linfatiche e vasali in rapporto coll'anemia costituzionale. La degenerazione aquisita si può riferire parzialmente ai disturbi di nutrizione delle pareti vasali e dell'innervazione vasomotoria, quali si accompagnano alle gravi malattie, alla clorosi, agli eccessi alcoolici e sessuali, alla senilità ecc.

CAPITOLO II

Pazzia costituzionale affettiva (Folie raisonnante).

Si manifesa sotto due forme, la *maniaca* e la *melanconica*. Siccome la prima quasi esclusivamente si presenta in modo periodico, accessuale e rientra quindi nel trattato della mania periodica, qui si terrà parola della pazzia ragionante melanconica che decorre come forma continua. Del carattere ragionante di un quadro morboso come sintoma, non come forma, fu parlato nella patologia generale (vol. I, pag. 121). Il carattere degenerativo di questo sintoma fu valutato nell'esposizione sintomatologica degli stati di degenerazione psichica, dove si accentuò il fatto che certi malati spesso palesano un meraviglioso miscuglio di lucido e di morboso, sanno scusare stupendamente azioni perverse, agiscono e sentono perversamente, ma sanno formulare i pensieri in modo logico e retto. Le idee deliranti e i disturbi sensoriali qui mancano del tutto od almeno appaiono episodicamente dietro certi speciali momenti che aggravano il quadro morboso, come ad es. negli eccitamenti pieni d'affetto; esse rimangono inoltre entro i limiti di sintomi elementari.

Oltre alla forma ragionante vi ha il carattere stazionario, per nulla progressivo del quadro morboso, che dura stabilmente per anni e persino per tutta la vita. Questo carattere ha quindi un significato profondamente costituzionale.

Pazzia ragionante melanconica (1).

Questa forma si manifesta a preferenza nelle donne. L'eredità può essere la causa predisponente, le affezioni uterine,

(1) Spielmann, *Folie raisonnante*, p. 318; Falret, *Discussion sur la folie raisonnante, Ann. méd. psych.* 1866; Griesinger, op. cit., p. 288; v. Krafft, *Die Melancholie*, p. 10.

massime gli infarti e gli spostamenti, si rivelano come importanti momenti occasionali.

Negli individui tocchi ereditariamente la malattia può apparire anche senza l'intervento di una causa accidentale. Appare in tal caso prima della pubertà o con questa, e rimane quindi costituzionale.

Dai medici, che non siano specialisti, questa malattia, la quale del resto può svilupparsi anche dall'isterismo e decorrere con sintomi isterici, è generalmente confusa coll'isterismo e disconosciuta nel suo intimo significato. Nella vita sociale, per regola chi è affetto da questa forma è giudicato soltanto come scarso dal punto di vista etico ed è conosciuto pel suo umore e carattere cattivo. Da Falret, nel suo capo d'opera, questo stato è descritto come « ipocondria morale con coscienza del proprio stato ».

Clinicamente si osserva un umore abitualmente cattivo, una affettività stabilmente depressa che si rivela con irritabilità, scontentezza, propensione alle risse e ad oltraggiare, tendenza alle cattive azioni a danno di chi circonda l' individuo. L'ideazione di questi individui, per lo più donne, che vengono abbastanza spesso considerate semplicemente come cattive, rissose, spose gelose, madri senza cuore, inumane (*misopédie, Boileau de Castelneau*) rimane costantemente dentro la cerchia forzata del sentimento doloroso. Esiste in essi una forza riproduttiva costantemente dolorosa, la loro anestesia o disestesia psichica fornisce ad essi soltanto spiacevoli impressioni dal mondo esterno. Essi vedono soltanto il lato oscuro della vita, tutto nero e fosco, ricevono da tutto soltanto impressioni spiacevoli e gli avvenimenti anche per poco tristi aggravano notevolmente il loro stato. Essi sono senza volontà, disanimati, tristi, incapaci al lavoro durevole e alle fatiche intellettuali, infelici, disperati fino *al tædium vitæ*. Essi soffrono continuamente sotto il grave peso dei loro sentimenti morbosi e delle loro molestie corporee e sono spinti continuamente ad una riproduzione dolorosa forzata. Spesso si hanno anche idee fisse. La natura morbosa del carattere rende ragione del decorso esacerbante o remit-

tente, della maggior gravezza dei sintomi durante la mestruazione, del perchè nei periodi liberi i malati si lagnino che non san nè sapere nè volere, che son malevisi a tutti, ecc. Da ciò derivano quegli stati di ansia e di delirio persecutorio, d'altronde rari, ma talvolta osservabili durante gli affetti; quel complesso di sintomi neuropatici (stato nervoso, irritazione spinale, isterismo) con parossismi di cattivo umore e di irritabilità. Non di rado questi malati soffrono per la paura di divenir pazzi.

Terapeuticamente, oltre al trattamento dei fenomeni neuropatici e delle frequenti uteropatie, trovano indicazione l'idroterapia (bagni tiepidi, aspersioni umide e fredde) e le iniezioni di morfina, che agiscono solo come palliativi, ma nei tempi delle esacerbazioni riducono al minimum le sofferenze morali e fisiche di questi malati. Però è da aversi in seria considerazione il pericolo del morfinismo.

Osservazione XXIX.

Pazzia ragionante melanconica.

Interessante autodescrizione del proprio stato.

Giuseppina Dietrich, 40 anni, deriva da famiglia profondamente predisposta.

La sorella del padre aveva attacchi nervosi, il padre era neuropatico, molto collerico.

Lo zio paterno e il nonno erano melanconici.

La vita della malata fu avvelenata fin dalla prima età. Fin da bambina era emotiva, spesso pigra ed indisposta senza causa. Al primo apparire delle mestruazioni si manifestò l'isterismo (16 anni) che divenne isteroepilessia. A 22 anni scomparvero gli accessi di questa. La malata rimase neuropatica (neuralgie vaghe, senso di freddo e di globo); gradatamente questa neurosi passò in psicosi, che fino ad oggi esiste tale e quale, ma si agita però soltanto entro remissioni ed esacerbazioni.

I tratti fondamentali di questa malattia consistono in una profonda depressione psichica, in un dolore psichico costante, in una penosa oppressione dell'animo.

Insieme a questa iperestesia e disestesia si hanno sensazioni vaghe neuralgiche nelle vie spinali, uno stato nervoso, un'agitazione nervosa.

La disestesia psichica si esterna in guisa che l'intero mondo esterno appare fosco, doloroso, spiacevole. Persin le cose più liete appaiono tristi.

Nello stesso modo esiste una corrispondente anestesia psichica; essa è senza gioie, la vita non ha per lei alcun eccitamento, è una sventurata, la morte è per lei la soluzione più desiderabile.

L'ideazione è turbata soltanto formalmente.

La malata non ha punto idee deliranti, ha la coscienza integra della sua malattia. L'ideazione è completamente subordinata alle sensazioni morbose, ha sempre pensieri foschi.

Riguardo alle tendenze si osserva una grande indifferenza ed un'ottusa rassegnazione.

Temporaneamente il quadro si cambia, la malata diviene agitata, irritata, reagisce ostilmente contro il mondo esterno, desidera la morte.

L'agitazione si palesa con azioni istintive, senza scopo, di natura psichico-riflessa, analoghe ai moti riflessi spinali convulsivi, provocati p. es. da una neuralgia. Questi atti sono provocati da un'influenza comparabile a quella di una neuralgia, dalla disestesia e dall'anestesia psichica dolorosa, ed in parte dalla opprimente sensazione precordiale (ansia), in parte dal le moleste idee nelle quali momentaneamente si obbiettivizza il sentimento doloroso.

Questi parossismi vengono ad accessi.

Assieme a queste iperestesie psichiche si esternano analoghe iperestesie spinali, dolori neuralgici vaghi, molesti formicolii e pruriti alle estremità. Il sonno è interrotto, turbato da sogni paurosi.

Abituale stipsi, anemia costituzionale.

Si sono usate unicamente le iniezioni di morfina. Queste agiscono solo palliativamente, ma apportando un relativo benessere.

Una lettera della malata specifica il suo stato di melanconia senza delirio, meglio di qualunque analisi clinica.

« Scrivo perchè sono incapace di esprimermi verbalmente. I pensieri sono per me tante spade, tanti tiranni. I pensieri cattivi sono così gravi, numerosi e svariati che io ne rimango spaventata per ore e per giorni. La luce del sole, la società gaia sono per me gravi tormenti. Le tempeste, le burrasche, i terremoti, le tenebre, gli incendi erano il mio piacere; giammai io era tanto felice come durante il bombardamento di Strasburgo. Io posso parlare ragionevolmente, ma non ragionevolmente pensare. Io mi sento sempre spinta a far qualche cosa, nè so mai ciò che io debba fare. La maggior parte della notte non posso dormire, oppure ho sogni

spaventosi e disperanti. Ho inoltre sensazioni vaghe, punture nelle articolazioni, che nulla sono in confronto dei miei mali interni. Ho poi speranza nella cura (morfina) che qui mi fanno e che mi abbrevia e diminuisce i momenti cattivi; prego in caso di bisogno ad usarla sempre».

CAPITOLO III

Pazzia morale.
(Folie morale, moral insanity) (1).

Un genere molto spiccato di degenerazione è dato da quegli stati nei quali l'individuo, quantunque offra in parte i segni dell'educazione e della civilizzazione, tuttavia non ha raggiunto quella suscettività propria della cultura umana di acquisire le idee etiche (con restrizione delle religiose ed estetiche), collegarle alla formazione dei giudizii e delle nozioni morali e valutare i motivi ed i contromotivi delle azioni.

Un cervello che rimane al disotto del ricordato grado di sviluppo di un uomo civile, si rivela come inferiore *ab ovo,* difettoso, degenerato funzionalmente e questa opinione ha un potente sostegno in ciò che furono inutilmente impiegati tutti i mezzi educativi di famiglia, religione e scuola; come pure l'esperienza insegna che tali individui anche nella tarda età non modificano mai in meglio il loro sentimento etico e la loro condotta.

La causa è quindi organica e, per questi stati difettosi congeniti, è da ricercarsi per lo più nelle condizioni ereditarie, fra le quali la pazzia, la dipsomania, l'epilessia degli ascendenti sono da mettersi in capo lista.

Opposti a questi casi congeniti di idiozia morale, analogamente a quelli d'idiozia intellettuale a fondo degenerativo,

(1) Grohmann, *Nasse's Zeitschr.*, 1819, p. 162; Prichard, *Treatise on insanity*, 1842; Morel, *Traité des dégénéresc.*, 1857; lo stesso, *Traité des mal. ment*, p. 401-540; Solbrig, *Verbrechen und Wahnsinn*, München, 1867; v. Krafft, *Friedreich's Blätter*, 1871, (con letteratura accurata); lo stesso, *Verbrechen und Wahnsinn*, *Allg. deutsche Strafrechtszeitg.*, 1872; Stolz, *Allg. Zeit. f. Psych.* 33, H. 5 e 6; Livi, *Rivista sperimentale*, 1876, fasc. v-vi; Tamassia, *id.*, 1877, p 550; Gauster, *Wiener med. Klinik*, iii Jahrg., Nr. 4.

trovansi degli stati consimili in individui che in addietro erano eticamente sani, nei quali il difetto è quindi acquisito.

Quest'ultimo stato poi può essere prodotto da gravi insulti o da processi degenerativi del cervello, ed è in parte un fenomeno prodromico, in parte concomitante di essi. Che il difetto etico sia in questi casi specialmente precoce e predomini sul difetto delle altre sfere psichiche, si spiega dal fatto che le funzioni etiche sono le più elevate del cervello, presuppongono una finissima organizzazione del medesimo e soffrono notevolmente per la degenerazione funzionale od anatomica di esso.

Le condizioni causali del difetto morale acquisito sono le alterazioni anatomiche e funzionali del cervello, quali le gravi commozioni al capo, le apoplessie, l'involuzione senile del cervello, la demenza paralitica, la dipsomania, le gravi neurosi costituzionali (epilessia, isterismo). La pazzia morale si rivela perciò, non come una forma di malattia mentale, ma come una speciale degenerazione individuale a fondo psichico, come espressione di una malattia cerebrale, la quale si rivela o come organizzazione cerebrale congenitamente manchevole, quasi esclusivamente dietro condizioni ereditarie degenerative, o come affezione del cervello acquisita nel corso della vita per gravi insulti che lo abbiano colpito. Essa interessa l'intimo nucleo dell'individualità, i rapporti affettivi etici e morali.

Poichè essa lascia quasi inalterato il corso delle idee e la formazione dei giudizi intellettuali dell'utile e del dannoso, rende possibili i giudizi logici e le conclusioni che all'inesperto nascondono il difetto di tutti i giudizi morali e dei sentimenti etici ed al clinico invece tradiscono il pazzo morale, quando anche questi non si abbandoni ad atti addirittura immorali o da delinquente.

Come Stolz (opera citata) dimostra, Regiomontanus ha fin dal 1513 espresso l'idea che la malvagità dell'uomo immorale si riveli nonostante ciò che egli ha appreso di retto. Ciò che il naturalista del XVI secolo attribuisce all'influsso delle stelle (nascita sotto l'influenza di Venere), i tempi progrediti ricercano nelle condizioni dell'abnorme organizzazione umana.

In Germania deve essere stato Grohmann (1819) il primo a riconoscere nella degenerazione etica una causa organica ed a denominarla pazzia o demenza morale. Un primo tentativo di classificazione clinica e di delimitazione del quadro morboso lo fece Prichard (1842). Il significato etiologico dello stato morboso come degenerativo, prevalentemente ereditario, lo insegnò a conoscere Morel. Le ricerche cliniche di Brierre, Falret, Solbrig ed altri hanno reso la pazzia morale di cognizione comune ai medici.

Se noi cerchiamo di tracciare i contrassegni clinici di questo stato degenerativo speciale, si rileva come fenomeno più saliente e caratteristico una più o meno completa insensibilità morale, una mancanza dei giudizi morali e delle nozioni etiche, mentre invece si hanno giudizi che scaturiscono rettamente da processi logici, riguardo a ciò che è utile e nocivo. D'altronde possono essere apprese e momentaneamente osservate le leggi della morale, ma quand'anche queste appaiano in coscienza, rimangono senza l'accentuazione di affetti vivi e di sentimenti, idee morte e rigide, inutile zavorra per l'uomo difettoso, il quale per conseguenza non scorge alcun motivo o contromotivo per fare o disfare.

In questa cecità morale, in questa pazzia del sentimento altruistico (Schüle) tutta la coltura possibile, il più savio ordinamento morale e civile sono una assai cedevole barriera per i sentimenti egoistici e per le tendenze che portano necessariamente a negare il giusto ed a commettere atti violenti.

Privi d'interesse per tutto ciò che è nobile e buono, sordi alle voci del cuore, reca sorpresa questa disgraziata difettosità che si rivela prima colla mancanza dell'amor dei figli e dei parenti, colla mancanza a tutti i doveri sociali, freddezza di cuore, indifferenza al bene od al male dei propri congiunti, mancanza d'interesse per tutte le questioni della vita sociale. Naturalmente qui manca anche un'adeguata suscettività morale all'approvazione o disapprovazione delle cose altrui, manca l'emozione della coscienza, il pentimento. Questi individui non comprendono la morale, la legge ha per essi soltanto il significato di un re-

golamento di polizia ed il peggior delinquente appare, dal loro punto di vista speciale e degradato, nient'altro che un uomo eticamente sano, il quale ha trasgredito i regolamenti della polizia.

Se vengono in conflitto con qualcuno, oltre la semplice freddezza e negazione di cuore, si palesano l'odio, l'invidia, la vendetta e, per la loro idiozia morale, la brutalità e mancanza di riguardi può non aver alcun limite.

Questo difetto etico rende questi individui, inferiormente organizzati, incapaci a conservarsi durevolmente in società e li fa candidati alle case di pena, di disciplina, al manicomio, mentre poi sono come i bimbi per la loro negligenza, per le loro menzogne, per la paura dei genitori e maestri, e come i giovani per la loro tendenza al vagabondaggio, agli eccessi, ai furti; prima divengono la vergogna della famiglia, la piaga del paese e dei magistrati, e finalmente la croce dei manicomii e gli incorreggibili delle case di pena.

Oltre alla mancanza di sentimenti etici altruistici ed all'egoismo che naturalmente vi si collega, trovasi come disturbo formale affettivo una grande irritabilità dell'animo che, in unione alla mancanza dei sentimenti morali, raggiunge la più grande brutalità e crudeltà ed anzi concilia affetti patologici.

Nel campo intellettuale il malato appare (per ciò che riguarda la formulazione logica del pensiero e l'agire conforme a scopo) inalterato. Anche la mancanza di idee deliranti e di illusioni sensoriali fu fatta notare fino da Prichard. Ad onta di ciò, nonostante la loro astuzia ed energia, quand'anche si tratti delle loro aspirazioni immorali, questi degenerati sono deboli anche intellettualmente, improduttivi, incapaci di raggiungere una posizione nella vita e di manifestare un'attività ordinata, dotati di manchevole capacità formativa, unilaterali, imbrogliati nel corso delle loro idee, limitatissimi nei giudizi. Non manca mai in questi individui, eticamente deboli, anche un difetto intellettuale. Molti anzi sono generalmente imbecilli. Essi non sono soltanto privi di riflessione per le cose immorali, ma anche stravaganti nelle cose comuni, talchè nelle loro azioni riescono dannosi ai loro

proprii interessi; essi sorprendono, nonostante ogni prova di astuzia istintiva, per la contemporanea eccessiva trascuratezza delle regole più comuni della prudenza nelle loro azioni delittuose. Questi uomini difettosi sono non solo irragionevoli, ma anche inesperti. Le loro più elevate funzioni mentali sono difettose quand'anche posseggano a sufficienza ciò che volgarmente si chiama ingegno. Essi mancano di certe intuizioni fondamentali, di certi freni, di perspicacia nei fini e nei modi della vita. Ciò si palesa anche riguardo ai denari; essi, è ben vero, ne conoscono il valore monetario, ma non ne conoscono l'importanza pei loro interessi materiali e sociali; essi sciupano e perdono il denaro come i bambini. Da questi difetti scaturisce necessariamente la mancanza di un'aspirazione con mire stabilite.

Nel rapporto formale, nel campo dell'ideazione, accanto alla incapacità della formazione delle idee etiche e della connessione di queste ai giudizi ed alle nozioni morali, è da mettersi in vista la mancante fedeltà riproduttiva delle idee. Vol. I, p. 92.

Dal lato delle tendenze il difetto etico ed intellettuale si palesa colla completa incapacità di condursi da sè e di avere un controllo in sè stessi. In generale questi degenerati mostrano rilassamento e pigrizia, che sono superati soltanto quando si tratta di soddisfare le loro tendenze immorali e delittuose. Essi sono oziosi congeniti ed imbecilli morali. Vagabondeggiano, elemosinano, rubano, si occupano di frivolezze, hanno in orrore il lavoro.

Il libero arbitrio esiste bensì, ma, per la mancanza od ineccitabilità di idee morali, rimane vincolato, moralmente depresso e, all'occhio moralmente cieco del malato, i doveri più elevati della morale e delle rette leggi non sono che regolamenti di polizia; e perciò direttamente in seguito alla malattia cerebrale scaturiscono impulsi spontanei, organici, in parte a commettere azioni semplicemente bizzarre, in parte immorali e delittuose.

Si osserva inoltre un altro carattere di degenerazione psichica, che si rivela colle azioni impulsive e non di rado periodiche (vagabondaggio, furto, eccessi alcoolici e sessuali). Quanto

più le tendenze naturali servono di base alle azioni, tanto più possono contenere in sè un carattere perverso. Ciò vale nominatamente rispetto all'istinto sessuale, i cui pervertimenti (volume I, p. 104) hanno molto giuoco nelle manifestazioni della pazzia morale.

Poichè qui si tratta di stati di degenerazione a carattere individuale, le forme cliniche sono estremamente molteplici e sfuggono ad un minuto differenziamento. A seconda dell'intensità dei disturbi, gli stati di debolezza e demenza morale si possono distinguere analogamente agli stati di debolezza e demenza intellettuale.

Praticamente si può stabilire una differenza fra le forme passive-apatiche e le attive-irritabili di *moral insanity*.

Gli stati acquisiti si distinguono dai congeniti sopratutto clinicamente, perchè in quelli si ha una graduata decadenza della già esistente personalità morale e sono ancora presenti i frammenti delle idee e dei giudizi morali, che vanno sempre facendosi man mano più deficienti e perdendo l'accentuazione sentimentale, mentre nel secondo caso esiste un difetto etico congenito.

Merita poi di essere reso palese che i casi congeniti mostrano una più grande attività nelle tendenze perverse e molto più degli altri offrono la degenerazione ereditaria con azioni automatiche, impulsive, persino periodiche; mentre nei casi acquisiti le tendenze immorali vengono per lo più provocate da un motivo esterno (passioni, affetti e specialmente l'ira) e non così bruscamente trovano sfogo come quelle totalmente istintive ed impulsive dell'ereditario.

La pazzia morale, quando è congenita, è per lo più una malattia stazionaria. Talvolta è progressiva, specialmente sotto l'influenza della pubertà, delle uteropatie, degli eccessi alcoolici e sessuali.

I casi aquisiti sono, nel loro decorso, dipendenti dalla malattia che serve loro di base e per lo più sono stati prodromici, di passaggio ed episodi di gravi processi cerebrali che conducono alla demenza intellettuale.

I casi congeniti mostransi assai disposti, data una influenza nociva occasionale, a reagire nel senso di una psicopatia. Segnatamente la mancanza di libertà basta a provocare una vera pazzia intercorrente.

Oltre agli stati patologici affettivi ed alcoolici, si osservano non di rado delle psicosi periodiche come complicazioni della *moral insanity;* ho anche osservato dei casi di paranoia primitiva.

La prognosi della pazzia morale è, pei casi congeniti, vuota di speranze, per gli acquisiti è appena un po' meno grave; vi furono però dei casi in cui la guarigione di una grave malattia cerebrale fu seguita dalla scomparsa del difetto morale.

Così narra Wigand (*On the duality of mind*) il caso di un giovane che il maestro colpì al capo con un regolo, nel quale si osservò una completa scomparsa dei sentimenti morali. Si praticò la trapanazione nel luogo della percossa, dove era una lieve depressione del cranio e si cavò una scheggia ossea, che comprimeva il cervello; dopo di che si ristabilì la personalità etica di prima.

La diagnosi di questi stati, altamente importante nel foro, ha, pei casi congeniti, il còmpito di riportare le anomalie cliniche ad una organizzazione congenita difettiva e, per gli acquisiti, ad una grave malattia cerebrale. L'indagine in queste direzioni è indispensabile. L'esistenza di un'abnormità psichica, la prova del difetto morale sono elementi per sè soli insufficienti. Questi elementi possono ugualmente essere il risultato di una difettosa educazione come di una manchevole organizzazione. Non è qui a procedersi coi criteri psicologici generali, ma l'esame deve essere strettamente clinico ed è conforme allo scopo il lasciare anzitutto da banda la diagnosi speciale ed eseguire specialmente quella generale comprovante l'esistenza di un'abnormità cerebrale.

Per la pazzia morale congenita sono fatti decisivi:

1° La derivazione da genitori pazzi, ubbriaconi, epilettici;

2° L'esistenza dei segni di degenerazione anatomica e funzionale, che generalmente occorrono negli stati di degenerazione

psichica, con speciale indagine dei rapporti della vita sessuale, quale importante base organica per lo sviluppo del senso morale;

3° L'esistenza di fenomeni morbosi per parte delle funzioni vasomotorie (intolleranza agli alcoolici) e motorie (sono specialmente frequenti qui i fenomeni epilettoidi).

Per la pazzia morale acquisita vale:

L'esistenza di una di quelle malattie cerebrali o neurosi, di cui un prodroma o un fenomeno concomitante può esser la pazzia morale.

Se su questi criteri può stabilirsi la diagnosi generale di una malattia cerebrale, la diagnosi speciale deve però render palese, relativamente ai casi congeniti, l'abnorme precocità con cui si presenta la depressione etica in un tempo della vita in cui non può esser fatta parola dell'influenza di cattivi esempi, ma in cui invece vi furono condizioni esterne favorevoli (educazione positivamente buona). L'essenza organica della forma riceve un ulteriore appoggio nell'assoluta incorreggibilità del malato.

Per gli stati acquisiti di pazzia morale apparirà pieno di significato il contrasto luminoso nel quale il completo cambiamento della morale e del carattere sta di fronte alla precedente condotta onorata della vita.

Etiologicamente sarà decisiva nel primo caso l'eredità e la disposizione, nel secondo la comparsa della depressione etica collegata ad un trauma o ad una malattia cerebrale.

Un'ulteriore delucidazione diagnostica acquista il difetto morale colla prova della debolezza intellettuale, della irritabilità morbosa dell'animo, della manchevole fedeltà riproduttiva delle idee, con carattere impulsivo, perverso (pervertimento delle tendenze naturali, degli istinti, dei sentimenti), talora in modo periodico, delle azioni.

La terapia non ha alcun orizzonte, se si considera lo stato fondamentale, e per lo più non dà luogo a sperare, tranne in certi rari casi di *moral insanity* acquisita. Nei casi congeniti la regola dolce, ma pur sempre disciplinare del manicomio è la miglior cosa; ma tuttavia a questi degenerati, in vista della

loro influenza nociva sugli altri malati, conviene meglio un luogo di disciplina che di cura.

Degni di una speciale sorveglianza sono finalmente in questi malati la tendenza alla masturbazione e il successivo, assai dannoso indebolimento.

Osservazione XXX.

Pazzia morale congenita.

F., 35 anni, donna di servizio, deriva da un padre eccentrico, sregolato. Madre ignota. Un fratello soffre di pazzia periodica, un altro è uomo bizzarro.

Debole, fin da bambina fu malaticcia, eccitabile, cattiva, inquieta, perseverante in nessun lavoro, rozza, priva di sentimento, solo propensa a soddisfare i suoi capricci. A 17 anni fu mestruata senza disturbi. A 19, dopo la morte dei parenti, dovè cercare un servizio. Si mostrò pigra, annoiata, cercatrice di uomini, data alla prostituzione, talchè fu licenziata dopo breve tempo; tutti i tentativi fatti da un'onorata famiglia di rimetterla sulla buona via andarono falliti.

Consumava abiti e denari datile dai fratelli ed altrettanto faceva coi prodotti del servizio e della prostituzione. I sentimenti dell'amor proprio e della gratitudine verso i bravi fratelli le erano estranei Solo quando non aveva nulla cercava i fratelli per metterli a contribuzione. Pel suo contegno dissoluto ebbe più volte a che fare colla polizia. Poichè da ultimo non poteva più trovare servizio fu presa iu casa dai fratelli, ma non cambiò contegno e ue fece un po' di tutte le sorta, talchè finalmente i parenti conobbero che si trattava di un'infelice organizzazione.

Vagò di bordello in bordello, errò vagabonda per le osterie, finchè cadde in mano alla polizia; manifestò allora uno stato patologico con esplosioni di furore, talchè fu tradotta all'ospedale.

Qui non seguiva l'ordine della casa, eccitava le altre alla discordia, esplodeva in affetti furiosi, massime contro la polizia che, essa diceva, la perseguitava in ogni modo. Oltre al difetto morale, con relativa incapacità di sapersi condurre da sè, essa non aveva assolutamente alcuna intelligenza; tutti gli avvenimenti che tenevan dietro alla sua mala vita essa attribuiva alla cattiveria degli altri.

Malata di media grandezza. La deficenza morale, la volgarità, la frivolità sono scritte nella sua fronte, che è stretta e piatta; la radice del naso è

piantata profondamente, le ossa nasali sono larghe, appiattite. Contratture mimiche di un angolo labbiale. Lenta ne' suoi movimenti, trova questioni per piccolezze colle vicine ed esplode in affetti violenti che eccedono i limiti del fisiologico. La sua fedeltà riproduttiva è manchevole, essa appare ingiusta anche quando non ha alcun interesse ad esserlo. Intrattabile, talvolta brutale, cerca di distornare le altre dal lavoro, cerca uomini, brontola per esser dimessa, ma non sa ciò che poi voglia fare. La malata fu messa in un manicomio criminale.

Osservazione XXXI.

Pazzia morale, con fenomeni epilettoidi dopo un trauma al capo.

L., 23 anni, lavoratore, derivato da famiglia sana, sviluppo normale fino a 3 anni. Cadde a quest'età da una forte altezza e riportò grave commozione cerebrale senza lesione esterna. Da quell'epoca si dimostrò caparbio, irritabile e si stabilirono, con pause di settimane e mesi, degli accessi di delirio allucinatorio, annunciati da violenta cefalea, che duravano ore. Il contenuto del delirio era terrifico (fantasmi). Quando rientrava in sè sembrava svegliarsi da un profondo sonno, nè più nulla ricordava. Soffrì cefalee intervallari, poi vertigini, ma non accessi epilettici classici. Alla scuola non riuscì bene, era pigro, irrequieto. A 13 anni scomparvero gli accessi di vertigini e di delirio. Menò vita dissoluta, cambiò impiego molte volte; nei suoi affetti era patologico, perdeva la pazienza. Nel 1870 andò soldato: si mostrò intrattabile, indomabile; cercò di trafiggere un compagno e fu messo in una casa di forza. Tornato a casa cercò di uccidere il padre ed il fratello. Fu esaminato, dichiarato incorreggibile e mandato in un manicomio (1871). Qui si rivelò pigro, intrattabile, collerico, vuoto d'ogni sentimento morale, incapace a sapersi condurre da sè; quando lo si isolava o puniva, reagiva con esplosioni di collera, nelle quali infuriava, rompeva, minacciava di far strage; una volta diede fuoco al suo letto.

Fu ripreso dai parenti e si diede al vagabondaggio, al furto, agli alcoolici che non sopportava affatto, e sempre più cadeva in affetti patologici furiosi, in minacce pericolose, talchè fu posto sotto la sorveglianza della polizia. L'1, 14, 75, fuggì in modo mirabile, andò vagabondeggiando, rubando e fu ripreso. Subita la pena, si diede nuovamente agli eccessi alcoolici che lo rimandarono al manicomio. Tentò di uccidere la guardia che lo scortava.

Non ha segni di degenerazione, ma una faccia rossa, sensuale, le metà della faccia sono disugualmente innervate. Dopo lunga osservazione, ad eccezione di temporanei accessi di irritabilità dell'animo e di violenta cefalea, non si trova alcun fenomeno che accenni alla neurosi epilettica precedente. Intellettualmente appare difettoso, non ostante la sua astuzia e cattiveria, quantunque però possa dirsi solo in debol grado demente.

CAPITOLO IV

Paranoia primitiva (1).

Secondo le opinioni ed i dogmi dell'antica psichiatria tedesca, la pazzia che si agita entro le idee deliranti o fisse (*Wahnsinn*) deriva da uno stato primitivo di melanconia o mania e quando l'anamnesi a ciò non accenna, si deve ad ogni modo credere alla pregressa esistenza di una melanconia o mania nascoste od ignote.

Le idee deliranti degli individui affetti dai così detti delirii sensoriali e (delirii a base affettiva) dei paranoici secondari, si consideravano come i tentativi di spiegazione di quelle attitudini morbose della coscienza che si hanno negli stadi affettivi della mania o della melanconia.

Queste idee deliranti essenzialmente evocate nella via psicologica della riflessione ed occasionalmente da vivaci affetti, rimarrebbero anche dopo scomparsi i periodi morbosi affettivi, come le macerie, i ruderi di questi, fondando una nuova personalità morbosa od almeno alterando del tutto i rapporti col mondo esterno.

Questo « stadio di delirio sensoriale, Wahnsinn » e di paranoia secondaria costituivano una tappa verso l'esito finale del processo morboso in demenza.

(1) Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 22, p. 368; 30, p. 319; Griesinger, *Arch. f. Psych.*, 1, p. 148; Sander, *id.*, 1, p. 387; Morel, *Traité des mal. ment.*, p. 126, 253, 267, 703, 714; Samt, *Naturwissenschaftl. Methode in der Psychiatrie*, Berlin, 1874, p. 38; Westphal, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34, p. 252; Hertz, *id.* H. 3; Legrand du Saulle, *Le délire des persécutions*, Paris, 1871; Falret, *Annal. méd. psychol.*, 1878, nov.; Meynert, *Psychiatr. Centralbl.*, 1877, 6, 7; 1878, 1; Schüle, *Handb.*, p. 468; Hagen, *Studien etc. 1870*, p. 41; Schaefer, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 36, p. 254; 37, p. 55; Koch, *id.*, 36, H. 5; Fritsch, *Jahrb. f. Psych.*, 1, 1879, p. 40; Merklin, *Studien über d. primär. Werr.*, *Dissert.*, Dorpat, 1879.

Le idee deliranti di questi paranoici secondari si consideravano in parte come depressive (idee di persecuzione), in parte espansive (idee di grandezza). Si attribuivano essenzialmente ad una morbosa alterazione del sentimento di sè stesso e così le idee di persecuzione al sentimento di sè stesso depresso per preesistente melanconia, le idee di grandezza all'elevato sentire di sè in seguito alla mania; come pure queste ultime si consideravano altresì come un fenomeno reattivo nella coscienza dei malati contro le idee di persecuzione, talchè guarendo le prime dovevano scomparire le seconde.

Mentre la psichiatria francese si tenne lontana da queste contemplazioni unilaterali e dogmatiche e fissò l'origine parzialmente primitiva della pazzia con idee deliranti fisse sistematiche (Monomanie — *Esquirol*, Folie sensoriale — *Lèlut, Voisin*), la psichiatria tedesca ha creduto fino agli ultimi tempi negli stati secondari ed unilateralmente psicologici della così detta paranoia depressiva ed esaltata e, pei numerosi casi nei quali non subentrava il dogmatico indebolimento mentale dei malati, riguardo a quelli che, al di fuori del campo delle loro idee fisse giudicavano ed agivano rettamente, stabilì l'arrischiato concetto di una demenza parziale *(partielle Verrücktheit)*.

Però, mentre la psichiatria francese si è contentata di stabilire l'origine primaria degli stati paranoici, la tedesca ha non solo rettificato il suo proprio errore, ma altresì ha delineato la patogenesi e l'edifizio clinico di questo stato speciale.

Ellinger fra i primi *(Allg. Zeit, f. Psych.* 2, p. 52) mette nelle sue tabelle una paranoia « primitiva » accanto alle secondarie, senza però dipingerla da vicino. Kohlbaum *(Gruppirung der psychischen Krankheiten,* Danzig, 1863) riserva un posto speciale a questi stati nel suo sistema, e li designa col nome di vecordia. Snell (op. cit.) pose nel 1865 i fondamenti della paranoia primaria; mentre quest'autore la definisce come una forma di malattia psichica, caratterizzata per la presenza di singole serie di idee deliranti con allucinazioni, distinta da una parte dalla melanconia per l'elevato sentire di sè e dall'altra dalla mania per la mancanza dell'ideorrea e del quadro generale

della mania, che affetta l'assieme della vita intellettuale meno di altre forme di disturbi mentali, ritiene adatta, per questa malattia, la denominazione di monomania.

Anche Griesinger, il quale nel suo trattato (pag. 326 e 334) aveva riconosciuto come soddisfacente la storica e vecchia comprensione degli stati di Verrücktheit, riconobbe (op. cit.) nel 1867 l'origine primitiva di questi stati e considerò le idee deliranti come primitive, vuote di ogni fondo emotivo. (Delirii primordiali).

Su questa base guadagnata, si posarono i lavori pregievoli di Sander, Samt, Hertz, Westphal, ecc.

Come importantissimi punti di vista sull'attuale stato delle nostre conoscenze intorno a questa malattia, abbiamo le seguenti cose da osservare:

1° Essa è quasi esclusivamente la forma morbosa propria di un cervello tocco, e per lo più ereditariamente;

2° Il nucleo di questa forma è costituito dalle idee deliranti, il cui primitivo (primordiale) significato ci è reso palese dalla mancanza di ogni fondo emotivo o di un qualsiasi processo di riflessione che abbia dato origine alle idee deliranti;

3° La malattia ha un carattere stabile, profondamente costituzionale. Essa non conduce alla rottura del meccanismo psichico, ma per lo più lascia intatto l'apparato logico del pensiero.

La natura degenerativa della malattia l'ha ben indagata Morel e ben delineata. Nel maggior numero dei casi trovansi momenti predisponenti negli ascendenti, i quali però, come Sander giustamente osserva, di rado consistono in malattie mentali dichiarate, ma spesso invece in eccentricità del carattere e del contegno, in isterismo, ipocondria, dipsomania.

Mancando le disposizioni dell'ascendenza, la disposizione a questa malattia può essere acquisita per affezioni cerebrali infantili (iperemie meningee nell'epoca della dentizione, malattie infettive acute), verosimilmente anche per processi rachitici che compromettano lo sviluppo del cranio e del cervello; finalmente vi sono dei casi assai rari nei quali, in un cervello non

tocco, una malattia cerebrale accidentale nell'età adulta (traumi al capo, insulto apoplettico, tifo con complicazione cerebrale) è il punto di partenza per lo sviluppo della malattia.

Per regola però questa si fonda su di una base decisamente costituzionale, per lo più ereditaria, e soltanto così si capisce come, dietro la più futile causa occasionale od anche spontaneamente in seguito alle fasi fisiologiche della pubertà, del climaterio ecc., una malattia così grave colpisca un uomo apparentemente sano.

Il punto difficile alla comprensione patogenetica intima di questi stati giace quindi nello studio antropologico-clinico della vita antecedente e delle condizioni di salute dell'individuo, come anche di quelle della parentela consanguinea.

Le indagini in proposito, cioè sul dove questi stati meglio allignano, dànno ricchi reperti e vale, per questi candidati alla pazzia, essenzialmente quanto si è ricordato nella Sez. II, Capit. I, intorno ai segni della costituzione neuropsicopatica.

Qui specialmente cadono in esame, come segni funzionali di degenerazione, le convulsioni nel periodo della dentizione, poi la facile eccitabilità del cervello a cadere, dietro malattie acute, in preda a delirii, che anzi (Sander) si possono considerare come il fondamento per le ulteriori idee deliranti, poi le anomalie dell'innervazione vasomotoria, delle funzioni sessuali e gli accessi epilettoidi.

Anche i segni anatomici di degenerazione non sono rari. Essi riguardano per lo più lo sviluppo del cranio e consistono prevalentemente in disuguale sviluppo, in differenze delle due metà di esso.

Come avviene che tali individui mostrino frequentemente un cranio asimmetrico, altrettanto avviene della loro indole, dello sviluppo del loro carattere, che si mostra alterato a *teneris unguiculis.*

Questi casi che, secondo Sander, sono l'espressione in modo conforme a leggi dello stato morboso, nello stesso modo con cui si sviluppa la salute psichica negli individui normalmente costituiti, si potrebbero comprendere col nome di paranoia ori-

ginaria (analogamente ai casi di idiozia morale ed intellettuale) e contrapporli a quei casi poc'anzi ricordati nei quali soltanto lungo il corso della vita, dopo un periodo abnorme, ma non veramente morboso, si sviluppa la malattia (paranoia primaria nello stretto senso).

È impossibile sottoporre tutti i fenomeni così individualmente diversi di questa costituzione psicopatica a considerazioni generali e la classificazione minuziosa dei caratteri psichici abnormi di questa forma (indole taciturna, sognereccia, infelice, tendenza alla fantasticheria, all'isolamento, arresto allo stadio infantile, natura sensibile, fiacchezza, mancanza d'energia, contegno teatrale in reali od anche fittizie occorrenze della vita, pedanteria, ipocondria ecc.) che Sander ha così ben descritto, vale soltanto per alcuni gruppi di questi individui stigmatizzati. Sempre si rivela in ogni modo un carattere abnorme, consista esso in un aumento, in una diminuzione, in un pervertimento del sentimento sessuale, oppure in una mancanza di sentimenti etici, altruistici, religiosi, morali, in eccentricità, ecc.

Non è a negarsi l'influenza speciale dell'abnormità del carattere sull'ulteriore sviluppo della forma di paranoia primaria, chè anzi questa costituisce all'incirca una ipertrofia del carattere abnorme. Così noi vediamo p. es. che un individuo diffidente, cupo, che vive isolato, un bel giorno si crede perseguitato, che uno rozzo, irritabile, che non ha idea dei suoi diritti diviene un querulante, che uno religioso, fanatico diviene un paranoico religioso.

Lo studio della malattia, in rapporto all'intimo nucleo della personalità e al carattere, spande un'importante luce sulle attitudini ad ammalare e massime sul preponderante ufficio che ha la vita psichica incosciente in questi malati, di fronte alla sfera cosciente.

Anzi il carattere più saliente di queste forme è il predominio della sfera psichica incosciente.

Il predominio di questa si rivela dalla natura sognereccia, fiacca, romantica, svenevole di questi individui, dalle loro disposizioni e dai malumori privi di fondamento, dal fatto che si

hanno deliri accidentali per malattie, per sogni, reminiscenze di letture e di spettacoli, che appena arrivano al limitare della coscienza e che dapprima momentaneamente, in forma di idee fisse e di idee deliranti sconclusionate, raggiungono la coscienza, poi divengono latenti, per trovare finalmente il loro posto fra le idee deliranti malattia stabilita.

Per regola l'attività a fantasticare di questi malati è assai vivace e facilmente eccitabile. L'attitudine intellettuale può esser buona, ma è però sempre unilaterale.

La sconfitta senza alcuna resistenza dell'io sotto gli ulteriori edifizi morbosi (idee deliranti, fisse, disturbi sensoriali), non ostante la mancanza di affetti, la mancanza di malattia, il rapido assimilare delle creazioni della sfera incosciente, il velocissimo sviluppo di un edifizio delirante sistematico, di ordine barocco, mostruoso, specialmente la connessione illogica di idee primordiali disparate, la barocca, iperparanoica associazione dei pensieri, ecc., tutto ciò accenna ad una vita cerebrale abnorme nella sua costituzione molecolare e per lo più originariamente.

In modo specialmente saliente si rivela nei malati la propensione a portare i fatti del mondo esterno in rapporto colla propria personalità (1). Punto indagati, senza riflessione, con una logica a rovescio, comunque formalmente retta, nascono questi rapporti ed hanno per la coscienza il significato di fatti irrevocabili. Persino le parole prive di significato, o che ne hanno uno accidentale, vengono molto tenute in conto, fanno profonda impressione, vengono invertite ed interpretate nel modo il più barocco, simbolico e strano (modo non possibile in un cervello normale) in rapporto colla propria personalità.

(1) Una delle mie malate lesse in un giornale l'annunzio di una levatrice che veniva a stare in casa sua e da ciò credette di esser ritenuta per gravida. — Un'altra aveva inserito un annuncio in un giornale. Nel giorno seguente avendo letto nell'angolo di una via l'avviso teatrale « Essa è pazza » pensò che queste parole fossero dirette a lei. Un malato vedendo le rane che saltellavano fuori dell'acqua, credè che questo fosse il segnale che egli doveva allontanarsi di casa sua. Una malata trovò nel cartellone di un teatro « *La bigama* » un insulto alla sua vita passata per un antecedente di 20 anni addietro.

I reperti anatomo-patologici, in queste forme di pazzia che trovano radicato il loro carattere nell'intimo nucleo della personalità, sono attualmente ancora assai oscuri. Spesso si tratta di asimmetrie nello sviluppo delle carotidi o delle arterie vertebrali, delle due metà del cranio e del cervello; questi reperti possono essere caratterologicamente non privi di significato, ma per dilucidare l'intima essenza della malattia le autopsie, coi loro reperti per lo più negativi, furono finora assai infruttuose.

Dalla mancanza di processi anatomici grossolani si potrebbe anche chiarire il fatto che la malattia non si estende fino alla demenza, o per lo meno che il meccanismo formale dei giudizi e delle conclusioni è inalterato.

Le cause occasionali che danno luogo all'esordio della malattia sono sopratutto le ordinarie della pazzia in genere, ma appaiono specialmente importanti la pubertà, il climaterio, le uteropatie, l'onanismo, le malattie febbrili, le affezioni gastroenteriche.

Lo sviluppo della malattia è per lo più graduato, da potersi dire che scaturisce dalla personalità già abnorme, e così per regola l'esordio di essa si sottrae all'osservazione.

Si può però distinguere lo stadio di incubazione caratterizzato dai presentimenti e dalle congetture, da quello della malattia dichiarata in cui le idee deliranti e le allucinazioni raggiungono la certezza.

In questo stadio d'introduzione le percezioni del mondo esterno, di per sè rette, si connettono all'individualità caratterologica del malato e le percezioni urtano contro la sfera psichica incosciente. I malati notano e ricercano ciò che non è in rapporto diretto colle percezioni stesse (Hagen). Poichè il malato non è cosciente della sorgente falsa di certe manifestazioni, ciò che osserva gli appare come un fatto e poichè tutto apprende per la via delle percezioni, tutto sarà falsato in rapporto con queste. A sè e per sè tale svisamento non è un'illusione, ma però transitoriamente può divenir tale. Certi affetti accidentali di sorpresa o di aspettazione non sono primitivi,

ma secondari. Però in certi periodi la logica agisce correggendo la falsa direzione dei pensieri, ma ben presto questi saranno di nuovo svisati. L'aumentata fantasia e l'attenzione prestano sostegno al nuovo edifizio. Certe accidentali occorrenze rinforzano i sospetti.

Non si tratta qui di false contingenze del mondo esterno dietro un processo di riflessione o per illusioni, come avviene nei melanconici e maniaci in seguito alle loro morbose disposizioni, ma di percezioni del mondo esterno che includono una falsa imputazione, a fondamento organico incosciente. Perciò i pensieri del malato si accentuano in un modo speciale. L'attività psichica incosciente che conduce questo filo del pensiero, dà luogo alla interpretazione con idee deliranti (primordiali).

Il passaggio allo stato della sistemazione delle idee deliranti, detto *stadio del completo sviluppo della malattia*, è di rado rapido e con fenomeni impetuosi (accessi d'ansia, convulsivi, disturbi sensoriali imponenti, costituenti un vero delirio allucinatorio), ma per lo più graduato in quanto che le false imputazioni incoscienti si sviluppano ora da percezioni illusorie, fino ad acquistare l'apparenza della realtà, dopo una lotta fra le congetture, per poi rinchiudersi in coscienza cogli affetti propri al delirio. Tutto ciò accade con critica e con avvedutezza. Tutto arriva al soggetto dietro rapporti ostili o in altro modo alterati. Una percezione non alterata e priva di un colore qualsiasi non è più possibile. Transitoriamente si può arrivare al delirio di essere un altro individuo. Tutto è invertito, illusorio, (delirio metabolico, Mendel).

La via d'origine delle idee deliranti che signoreggiano la scena è data in parte dagli eccitamenti diretti nelle cellule pensanti, in parte dagli eccitamenti organici dei nervi periferici, che senza arrivare con chiarezza alla coscienza eccitano i già detti elementi od anche i centri psico-sensoriali e quindi evocano corrispondenti idee deliranti (p. es. sessuali, ipocondriache), od allucinazioni. Il malato rimane incosciente di tale evoluzione nel meccanismo della sua vita psichica incosciente e ne è avver-

tito soltanto per un giro vizioso, sotto forma di allucinazioni e deliri primordiali.

Di primo acchito queste creazioni agiscono davvero sorprendendo ed abbattendo. Presto però il malato le assimila, esse agiscono con forza considerevole, come irrevocabile verità. Al motivo egli pensa soltanto tardi o non pensa punto. Il malato si trova tentato a credere ogni cosa che gli venga imputata.

Non di rado i primi deliri primordiali prendono la loro origine dall'attività formativa degli stati di sogno, di semisonno e di quelli con idee deliranti vaghe, vale a dire che i sogni e deliri antecedenti possono essere riprodotti ed apprezzati. Per tale provenienza spiegasi in parte il contenuto barocco, strano, romanzesco delle idee deliranti corrispondenti.

Dopo che si sono sviluppate queste idee deliranti primordiali, esse possono secondariamente, per riflessione, associazione, interpretazione allegorica, figurare come sentimenti coscienti.

La più cospicua sorgente per l'origine e l'ulteriore sviluppo delle idee deliranti giace però sempre nei disturbi sensoriali, quasi mai mancanti nell'acme della malattia. Gli stimoli ideali che essi producono sono perciò relativi ad idee appartenenti alla sfera incosciente e le allucinazioni per la coscienza rimangono così estranee, rapidissime, inintelligibili, come da principio i deliri primordiali.

Nei tempi più inoltrati della malattia i pensieri, quand'anche coscienti, possono riportarsi a voci sentite.

In ordine a ciò io trovai con Samt le allucinazioni acustiche più frequenti ed intense, poi le tattili, le visive, le gustative, le olfattive.

Come complicazione rara appaiono talvolta dalla stessa sorgente dell'incosciente le idee fisse.

Presenta un interesse speciale, non ostante ogni colorito individuale, il contenuto essenzialmente armonico che ha l'edifizio delirante primordiale in ogni malato.

Le idee deliranti accennano nel loro contenuto, o ad una compromissione, o ad un'elevazione nei rapporti della vita dei malati (delirio di persecuzione o di grandezza).

Molto più spesso dei deliri di grandezza trovansi quelli di persecuzione. Entrambi questi deliri primordiali possono trovarsi l'uno dopo l'altro, oppure insieme nello stesso quadro morboso, od anche esistere isolatamente.

Quando la forma morbosa comincia come delirio di persecuzione, appaiono non di rado nell'ulteriore decorso idee di grandezza così potenti, da coprire quasi totalmente il delirio di persecuzione. Dal perseguitato emerge una data personalità (trasformazione) ed entrambe le schiere di idee deliranti vengono necessariamente associate in un rapporto logico.

Come avanguardia di una futura trasformazione del delirio si palesano ben presto dei deliri primordiali bruschi di grandezza, rapidi e fugaci con corrispondenti allucinazioni.

Quando la paranoia comincia con delirio primordiale di grandezza, non si ha alcuna trasformazione, ma tuttavia si possono avere episodicamente ed occasionalmente delle idee deliranti primordiali di persecuzione. Come fenomeni reattivi secondari si hanno affetti violenti i quali, secondo il contenuto del delirio, si rivelano con ansia, senso di disperazione, oppure come affetti di entusiasmo fino all'estasi. I primi possono accentuarsi con sensazioni precordiali. Talvolta si stabiliscono anche spontaneamente, ossia a base organica, gli affetti dell'ansia fino al *raptus*.

Il decorso complessivo della malattia è subacuto o cronico, ma vi sono degli epifenomeni che lo fanno procedere a sbalzi (Westphal). Le esacerbazioni decorrono frequentemente con fenomeni somatici notevoli (stati di eccitamento, flussionari del cervello, con insonnio, salivazione, ecc.), od anche psichici (stati sonnambolici fino all'estasi, stupore, confusione allucinatoria con delirio disordinato, stati d'agitazione maniaca con atti impulsivi, posizioni e movimenti forzati, verbigerazione). In questi stati di attività prevalente della sfera incosciente si formano poi nuove serie di deliri.

Accanto a queste esacerbazioni si hanno le profonde remissioni e le intermissioni della durata di mesi o di anni. La dissimulazione, molto frequente in questi malati che svelano gli

elementi della malattia solo dopo un'eccitamento affettivo potente, non deve esser confusa con un'intermissione.

Rare sono le vere guarigioni. Esse avvengono più nei deliri di persecuzione che in quelli di grandezza, più nei casi acquisiti che negli originari. Dopo avvenuta la trasformazione, la prognosi è chiusa alla speranza. Dopo che il quadro morboso ha raggiunto il completo sviluppo, esso rimane per lo più stazionario.

Un esito in durevole e completa demenza apatica, quale si stabilisce in molte melanconie e manie, qui non si osserva. Lo stato stuporoso e la confusione allucinatoria che esiste spesso per dei mesi, non deve esser confusa colla demenza.

Sempre tuttavia, quando la malattia dura da lungo tempo, si arriva a degli stati d'indebolimento psichico che si rivelano meglio come ottusità affettiva che come difetto intellettuale, rimanendo inalterate le primitive attitudini artistiche e professionali, come pure la capacità a giudicare e concludere. Questi perseguitati, eroi, dii, maestà dei manicomii rimangono spesso, fino alla fine della loro vita, buoni professionisti e lavoratori dei campi dell'asilo, che per essi è divenuto una seconda patria, e tanto più se le idee deliranti impallidiscono, le allucinazioni si fanno più rare ed entrambe perdono la loro importanza affettiva.

La descrizione che segue dei quadri morbosi che rientrano nella cornice della paranoia primaria, ci obbliga avanti tutto di adottare una classificazione.

Questa non può essere rigorosamente riferibile a punti di vista genetici od etiologici. Deve anzitutto essere utilizzato il contenuto delle idee deliranti come fondamento preliminare, il quale metodo, quand'anche meno scientifico, è sempre giustificato da che il contenuto tipico, congruente di questi delirii primordiali ha una base conforme a leggi.

Si dànno cioè due forme fenomeniche di paranoia primaria clinicamente tipiche e speciali: una con idee deliranti primordiali di compromissione dei proprii interessi (delirio di persecuzione), l'altra di elevatezza dei medesimi (delirio di gran-

dezza). L'ultima entra spesso nel quadro della paranoia religiosa e della erotica.

1° Paranoia primaria con delirio pregiudicativo (di persecuzione).

Il nucleo del delirio di questo grande e praticamente importante gruppo di malati, è fornito dall'idea delirante di pregiudizio della salute, della vita, dell'onore, degli averi per supposti nemici. Quelli che hanno disposizione a questa malattia sono per lo più individui strani fin dalla fanciullezza, cupi, misantropi, chiusi, permalosi, irritabili, diffidenti, non di rado tendenti all'ipocondria. In molti nasce ben presto il sospetto di non esser trattati in famiglia come gli altri fratelli. Lo stadio d'incubazione dura per lo più lungo tempo ed in gran parte sfugge all'osservazione.

Quando questo si lascia osservare, trovansi dal lato somatico i sintomi clinici di una causa occasionale (catarro gastrico, uteropatie, climaterio, neurastenia in seguito ad eccessi onanistici) od i fenomeni di una neurosi costituzionale ipocondriaca od isterica; dal lato psichico si tratta di fantasia esagerata e persino di illusioni. Il vicinato appare al malato sotto un altro aspetto e per lo più gli desta dei sospetti. Il mondo esterno appare notevolmente alterato, in speciale rapporto colla personalità del malato. Esso si mette in capo che non gli si voglia bene, che si trami qualche cosa contro di lui, si sente oggetto di una triste attenzione e si fa egli stesso attento (delirio d'osservazione). Egli suppone, nella trascuratezza del vestire, in vizi occulti che a lui sono attribuiti, in supposte notorie antecedenti mancanze ed azioni delittuose la causa dell'alterazione del mondo esterno. Accidentali, innocenti riflessioni dei vicini, l'incontro ripetuto della medesima persona, l'alzarsi per caso e l'uscire di una persona quando (il malato) entra in un luogo, il modo di camminare, di star seduto, il raschiarsi in gola, la tosse dei passanti lo rinforzano nel suo sospetto. Di tanto in tanto ha l'idea che ciò è un'illusione ma, per la sua natura originariamente

illogica, per la sua incertezza psichica e per la pochezza di critica si aggiungono nuovi fondamenti ai sospetti. L'ecclesiastico allude a lui nelle sue prediche; nei giornali e nei manifesti scopre spietate allusioni ai suoi vizi, ai pregressi delitti, agli intimi suoi rapporti; egli è biasimato dall'opinione pubblica, è tenuto per un pazzo, un mascalzone, un minchione. La gente parla di lui motteggiandolo e schernendolo, lo guarda in torvo. Negli innocenti convegni dei vicini egli carpisce delle parole e le riferisce a sè stesso; più tardi ascolta delle considerazioni scherzevoli sul di lui conto. I monelli gli fischiano dietro delle canzonaccie; la mancanza di critica nel malato può giungere a tanto da riconoscere uno scherno nel pigolio degli uccelli. Si cerca di compromettterlo presso i giudici, si tenta di mettere carte od oggetti compromettenti fra i suoi effetti e di farlo divenire il capro espiatorio degli altri.

Il malato si sente agitato in seguito a queste presunte persecuzioni, tiene un contegno sempre più ombroso, chiuso, irritabile, si allontana sempre più dal mondo esterno e cova in silenzio; lo turbano idee astiose ed opprimenti, ad un tratto designerà anche le persone del vicinato che con lui tengono un contegno ostile.

Il passaggio all'acme della malattia può essere rapido, in quanto che un accesso violento di ansia può chiamare in scena un esercito di illusioni sensoriali e di deliri a lungo repressi. Più spesso quello però è raggiunto gradatamente, mentre gli edifizi delle illusioni acquistano sempre maggior significato ed i fondamenti ai sospetti si moltiplicano, finchè un avvenimento accidentale dà aspetto di certezza al delirio latente, o compaiono le allucinazioni. Un leggero disturbo nello stato somatico, una malattia febbrile, un catarro di stomaco, un aumento dei disturbi uterini o mestruali (climaterici), i ripetuti eccessi onanistici, un paio di notti insonni favoriscono spesso lo scoppio della malattia.

Il malato arriva presto alla spaventevole certezza di essere avvelenato, sente voci di esser fatto segno a persecuzioni, che gli

dicono che è un ladro, un truffatore, che la sua vita è minacciata. Il delirio allora ha vinto, e acquista nei malati una desolante certezza. Ben presto il delirio si sistematizza colla cooperazione delle allucinazioni auditive. Così, secondo le idee politiche o la posizione sociale, il malato è sotto l'influenza di una setta di gesuiti, di franchi muratori, di socialisti, di spiritisti, oppure è perseguitato dalla polizia, dai vicini, da questo o quel rivale, dai coinquilini ecc. Il malato è fortemente spaventato, fuori di senno. Il delirio di persecuzione si diffonde così in modo rapido e la fantasia, le illusioni, le allucinazioni, le idee deliranti falsano gli attributi del mondo esterno. Il maggior sostegno a questo stato lo dànno i disturbi sensoriali. Solo assai di rado mancano questi, o si limitano alle illusioni. Il giuoco più importante lo hanno le voci sentite. Esse vengono da vicino o da lontano; talvolta, a malattia inoltrata, anche dalle più lontane parti del corpo. Poi l'ideazione cosciente si basa totalmente sulle allucinazioni. (I nemici indovinano i pensieri, li spiano).

I malati distinguono le diverse voci e dànno ad esse speciali denominazioni (1).

Le voci, quali attività reattive diventate sonore della sfera incosciente, svelano il segreto piano del persecutore, ne rivelano il nome; spesso parole senza senso traducono il nome in questione.

Significative in modo speciale sono le illusioni della sensibilità comune e della cutanea. Tutte le sensazioni possibili, fisiologiche e patologiche, vengono interpretate nel senso della persecuzione. Sono insetti, serpenti sulla pelle, animali nel corpo. I persecutori rovinano la salute con esalazioni venefiche, polveri, macchine segrete; essi rovinano gli organi, s'intromettono durante il coito ecc. Più rare sono le allucinazioni gustative ed olfattive. Esse hanno, senza eccezione, un contenuto ostile, sgradevole. Il cibo ha sapore d'arsenico, di cloroformio, di feci,

(1) Una delle mie malate distingue le parole telegrafiche, che le arrivano poco distinte e confuse da quelle che servono a far indovinare i suoi pensieri. Ciò che essa ora pensa tutto il mondo lo sa. Il suo bimbo, di cui è gravida da quattro anni, parla a lei in lingua telegrafica.

la bevanda d'urina, tutto ha odore di marcio, di penne bruciate. Queste sensazioni conducono il malato alla convinzione che gli si facciano attentati contro alla salute e alla vita.

Più rare sono le allucinazioni visive; esse appaiono soltanto episodicamente, possono essere di contenuto indifferente, non vengono però apprezzate come elemento del delirio. Soltanto in rarissimi casi al malato appare l'ombra del persecutore.

Non è a negarsi che il delirio e le allucinazioni non conservino uno speciale colorito e contenuto sulle orme di certi momenti etiologici molto importanti e di certe gravi attitudini somatiche.

Se sono in giuoco certi stimoli sessuali (uteropatie, climaterio), allora si rivelerà notevolmente spesso un contenuto sessuale, in quanto che quelli eccitano inconsciamente la sfera ideale e inducono in essa un apprezzamento allegorico corrispondente. Così pure certe voci hanno un contenuto offensivo nella sfera sessuale (insulti all'onore, rimproveri per gravidanze, proposizioni oscene), oppure le idee deliranti si aggirano sull'infedeltà matrimoniale ecc. Come false interpretazioni di date sensazioni si hanno attentati di lussuria, persino sensazioni di coito, attentati alla vita di un supposto feto ecc., riferibili a sensazioni morbose di voluttà, ad iperestesie negli organi genitali; oppure esistono anche idee deliranti di essere martirizzati fisicamente. La base di queste sono sensazioni paralgiche (pizzicori, pruriti, stiramenti, sensazioni di caldo, di correnti elettriche ecc.), le quali interessano le vie sensibili del midollo spinale e si manifestano coi fenomeni eccentrici di uno stato d'eccitamento che si irradia morbosamente. Così, secondo il grado di coltura, l'epoca della vita, ecc., tali sensazioni vengono dai malati riferite a streghe, malie, simpatie, elettricità, magnetismo, spiritismo, ecc. L'eterogeneità delle sensazioni e la circostanza che i malati non scorgono i loro supposti persecutori favoriscono la singolarità e molteplicità dell'interpretazione. A fondo sessuale trovansi anche spesso le allucinazioni olfattive.

La paranoia primaria, quando si sviluppa nel climaterio, esordisce non di rado dietro voci persecutive in senso ses-

suale, di contenuto totalmente stabile. Queste sono per lo più ascoltate molto da vicino, decorrono con iperestesie e sensazioni subbiettive, per eccitamento abnorme del nervo acustico, ed accennano verosimilmente ad un disturbo locale della circolazione.

Se un catarro gastro-intestinale figura come causa occasionale, allora per lo più si ha uno stadio d'incubazione ipocondriaca. Un'esacerbazione del catarro richiama alla coscienza il delirio d'avvelenamento ed i molteplici disturbi che il catarro trae con se (vertigini, pensieri foschi, cardialgia) servono di appoggio al delirio, al che contribuiscono anche dippiù le voci sentite e le illusioni gustative.

Come reazione alle attitudini morbose e ostili della coscienza dei malati, si hanno altresì degli stati affettivi. Questi possono essere assai vivaci, ma prescindendo dagli accessi d'ansia che talvolta occorrono come fenomeni spontanei, si tratta per lo più di affetti secondarii e di così dette reazioni fisiologiche alla alterazione primitiva dell'io e dei rapporti del mondo esterno in seguito alle idee deliranti.

In questi stati primari, non affettivi, non basati su di un sentimento di sè stessi depresso od elevato, le idee deliranti del paranoico primario offrono una differenza marcata con quanto si osserva nella melanconia o nella mania con idee deliranti (*Wahnsinn* di alcuni autori).

Le idee deliranti possono in queste diverse forme essere uguali per contenuto, però sono motivate in modo essenzialmente diverso. Il paranoico nulla sa del come sia perseguitato e del perchè, esso non lo ha meritato per nulla, soltanto gradatamente egli arriva a concepire in modo logico che è fatto segno di una cospirazione. Il melanconico sa invece molto bene perchè è perseguitato, perchè va incontro ad una morte obbrobriosa. Egli ha meritato la morte perchè è un cattivo soggetto. Le sue idee deliranti sono il prodotto secondario di attitudini affettive. Esse accennano ad un sentimento depresso di sè stesso e su questo si basano (delirio di piccolezza e di peccaminosità (1)).

(1) Per la diagnosi differenziale colla melanconia cfr. FRITSCH, *Jahrb. f. Psych.* 1879, H. 2, p. 138, e KOCH, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 36, H. 5.

Anche le azioni del delirante di persecuzione sono non altro che la reazione naturale e logica di una coscienza supposta minacciata nella sua esistenza.

Riguardo al contegno del malato di fronte al suo proprio delirio, si possono distinguere due stadi ben marcati fra loro, di passività e di attività.

I malati si comportano per lo più passivamente, in modo difensivo contro i supposti attacchi del mondo esterno. Essi lo evitano, chiudono finestre e porte, turano i buchi delle serrature, cambiano continuamente di abitazione; essi si cuociono da sè le vivande e vivono soltanto di ova crude ecc., si muniscono di controveleni, fuggono in lontani paesi, prendono altri nomi per liberarsi dai loro persecutori.

Non potendo più tollerare il loro stato, che diviene sempre più penoso, scompare talvolta quel loro contegno passivo e divengono pericolosi; si hanno in questi casi dei prodromi e dei segni di allarme, che pur troppo spesso non vengono tenuti in conto.

Essi minacciano i loro supposti persecutori, chiamano anche i giudici in loro difesa, visto l'insuccesso dei loro passi, giungono alla convinzione di essere abbandonati a loro e di dover sostenere una lotta disperata.

In questo stadio il malato è estremamente pericoloso. Allucinazioni, affetti illusorii, spesso una ciera supposta sospetta, un bisbiglio, un gesto sospetto gli segnalano un pericolo per la vita e lo conducono ad omicidii che portano in sè l'impronta di una supposta giustificata difesa.

I malati di questo gruppo non uccidono mai di soppiatto; uccidono per lo più la loro vittima in pieno giorno davanti a testimoni. Essi non nascondono il motivo, si rallegrano ed esaltano per l'azione commessa. Talvolta accade che essi facciano un attentato a persona al tutto indifferente, per commettere un'azione contraria alle leggi, ed avere così l'opportunità di comparire davanti al giudice e fargli conoscere che sono vituperevolmente perseguitati e lasciati negli impicci fra i nemici.

Talvolta arrivano fino al suicidio per mettere un termine alla intollerabile persecuzione.

La malattia passa direttamente in uno stadio terminale d'indebolimento psichico, oppure arriva alla trasformazione del delirio.

I malati fin qui oppressi, perseguitati divengono principi, imperatori, profeti, Dio, Messia, governatori del mondo, regine dei cieli.

Questo interessante scambio della personalità trovasi per lo meno in un terzo dei casi e, come vi accenna la mia esperienza fino ad oggi, esclusivamente nei casi con disposizione originaria, per lo più ereditaria.

Morel ha ben riconosciuto questo fatto e descritto, e dà un grande peso al fondamento ipocondriaco.

Il meccanismo patogenetico di questo processo di scambio è assai oscuro e quindi non si può stabilire preliminarmente se questo avrà luogo o no.

Questi stati di trasformazione non vanno mai privi di un fondamento organico.

La trasformazione può avvenire rapidamente con una lotta; qui si trovano non di rado sensazioni alterate che ne sono la causa (correnti magnetiche, stato di alterazione molecolare negli organi centrali?) od anche degli stati di coscienza nei quali il malato si sente morto e tosto entra in una nuova vita, trasformandosi essenzialmente. In altri casi si ha la trasformazione, passando per uno stato stuporoso od estatico, in un sognante dormiveglia, in un delirio isterico. Più spesso la trasformazione ha luogo lentamente con uno stadio di incubazione analogo a quello che precede il delirio di persecuzione.

Il malato nota che la gente lo tien d'occhio in modo speciale, che un alto personaggio fa fermare davanti a lui il suo equipaggio, che nei giornali si fanno allusioni alla sua elevata origine, che i passanti e la gente di casa trattano con lui con sommo rispetto; egli sente dire da essi che è un cavaliere, una grande potenza.

L'attività psichica incosciente spinge più oltre il filo della fantasia. Il delirio si agita sopratutto nella vita dei sogni, poichè il malato riceve diplomi di nobiltà e converte in occasionali deliri le reminiscenze dei romanzi.

Finalmente il delirio arriva alla coscienza come fatto compiuto, direttamente o per mezzo di allucinazioni, che gli palesano la paternità di un principe regnante o la figliuolanza di Dio.

Ora tutti i fatti pregressi, che erano pieni di mistero, divengono chiari al malato. In grazia al suo spirito osservatore assolutamente privo di critica, riconosce le analogie coi ritratti di persone ragguardevoli, gl' incontri accidentali di queste come prova indiscutibile dell'alta parentela che con essi lo vincola.

Qui i deliri sono anche sorprendentemente congruenti. Ordinariamente il malato è figlio di un principe, non altro che figlio adottivo de' suoi genitori, che lo hanno soltanto nutrito (Sander). Il delirio si aggira su scene romanzesche di rapimento nell'infanzia dalla casa paterna principesca, per opera di ladri, di zingari. Ora divien chiaro ai malati il perchè dei cattivi trattamenti che dovevano subire in addietro in confronto ai loro fratelli. Esiste sempre una connessione logica col delirio di persecuzione sofferto fino al presente. Il malato ora sa perchè i suoi nemici avevano interesse a toglierlo di mezzo, come pretendenti al trono che spetta a lui, oppure considera tutte le persecuzioni pregresse come uno stadio di purificazione, di prova, necessario per la sua assunzione a Messia. Vicino al delirio dominante di grandezza, trovansi in seguito anche deliri di persecuzione episodici. Entrambi gli ordini di delirio si tengono divisi, decorrono l'uno accanto all'altro, alle volte cadono anche entrambi temporaneamente. Finalmente si stabilisce anche qui uno stadio terminale d'indebolimento.

Riguardo alla diagnosi è caratteristica, di fronte allo stato di paranoia secondaria sviluppatasi per caso da una mania, la miscela polimorfa di deliri di grandezza e persecuzione, la discreta conservazione dell'intelligenza, la stabilità dello stato morboso, il contenuto romanzesco delle idee deliranti.

Di fronte agli altri deliri di grandezza, quali p. es. non meno svariati si hanno nella paralisi progressiva, vi è il carattere stabile, sistematico delle idee deliranti che parla per la paranoia.

La terapia in questa forma di paranoia non è al tutto senza successo. Negli stati d'irritazione sessuale, con successivi fenomeni paralgici, allucinatori e deliranti riesce utile il bromuro di potassio a grandi dosi.

Come calmante riesce efficace la somministrazione sottocutanea della morfina, la quale, massime quando vi siano sensazioni paralgiche e relative idee deliranti, poi nella forma di paranoia con allucinazioni predominanti (così frequenti nel climaterio), non solo migliora lo stato dei malati, ma talvolta ancora li avvia alla guarigione.

Negli stadi della malattia già dichiarata, il manicomio è importante col suo apparato psichico e colla distrazione del lavoro, per impedire ai malati d'ingolfarsi nelle loro chimere e dar loro un asilo, in cui siano sicuri dagli scherni del mondo esterno ed abbiano l'occasione di dispiegare le loro, spesso ancor pregievoli, attività mentali.

Osservazione XXXII.

Paranoia originaria (Sander).

Katzian Vittoria, 26 anni, cameriera di locanda, nubile; fu ricevuta alla clinica psichiatrica il 22, 8, 79. La madre era psicopatica, due fratelli di questa furono paranoici. Entrò acconciata fantasticamente, con nastri gialli e neri, decorazioni ecc. Da un anno aveva cominciato a ritenersi una regina, un'imperatrice, e a minacciare il vicinato di imprigionamento e di bombardamento. Nella clinica attendeva l'incoronazione.

Fin da fanciulletta non si era mai sentita bene nella casa paterna, vi era, a parer suo, sempre stata trattata come un'estranea, come una figliastra. Essa aveva sopportato molte croci, la si era trattata duramente ed inumanemente perseguitata; essa aveva pianto lunghe giornate sul suo infelice destino. I parenti riferiscono che la malata da bambina non si assomigliava agli altri bambini, ma era taciturna, chimerica, facilmente irritabile, sofferente mille mali, esaltata, romantica.

Al settimo anno la paziente ebbe una visione terrifica che ricorda. A nove anni le vennero idee di un'elevata derivazione; si sentiva altolocata, straordinariamente al disopra delle sue compagne. Spesso giuocando le veniva il pensiero se essa non finirebbe per diventare imperatrice.

A 12 anni, osservando il contegno disamorato dei suoi genitori, credette che vi fosse un mistero circa la sua nascita. Il contegno della gente le divenne sempre più sospettoso. Dalle persone del vicinato e dai genitori veniva trattata male, dagli altri amichevolmente e con tutto il rispetto. Un giorno il maestro le disse: « Vittoria tu sei (di nome) una parente della regina d'Inghilterra ». Ciò fece su di lei profonda impressione. Più tardi si sentiva spesso ripetere « Vittoria d'Inghilterra, tu bella sposa; » occasionalmente sentiva anche voci ingiuriose.

D'allora in poi cominciò a fantasticare ed a ruminare idee romanzesche d'ogni sorta.

A 15 anni vennero le mestruazioni in mezzo a fenomeni clorotici e nervosi. A 16 anni ebbe un morbus maculosus. Le pareva che il sangue fosse divenuto bleu e spiegava in questo senso le macchie bluastre della pelle. D'ora in poi osservò che la gente la salutava come regina. Per caso essa vide un ritratto della regina d'Inghilterra e conobbe dalla somiglianza che essa doveva essere. una sua sorella. La gente chiamavala spesso « Vittoria di Svezia ». Dai discorsi dei parenti e del parroco dedusse che essa era figlia della regina d'Inghilterra, rapita alla madre all'età di 3 mesi e data a nutrire presso i suoi attuali genitori adottivi. Tali idee non le si tolsero più dal capo ed erano avvalorate dai sogni.

A 21 anni ebbe un rapporto d'amore con un maestro. Dopo aver coìto con lui, ebbe un magnifico sogno nel quale essa osservava teneramente un Gesù bambino come se ne fosse la madre. Fin d'allora le venne spesso l'idea di essere la prediletta del principe ereditario; quest'opinione raggiunse la certezza quando un giorno il maestro le mise in dito un anello; guardò a lui, ai ritratti che erano nella camera dell'albergo e scoprì grande somiglianza fra il maestro ed il re. Le parve pure che la gente osservasse che essa era sposa del principe ereditario, come sapeva che essa era una principessa d'Inghilterra.

Dal 1876 la malattia fece rapidi progressi, mentre le impressioni del mondo esterno venivano sempre più falsate; si sviluppò una personalità del tutto romanzesca, paranoica, fantastica, con delirio in relazione. Certe parole degli avventori, le notizie dei giornali, ciò che era scritto nei pezzi di carta raccolti forniva materiale al suo edifizio delirante. Citava sempre frasi di romanzi « (tu sei la regina di tutte le regine, tu uguagli la madre di Dio, tu bell'angelo) ». Dai giornali e da tutto rilevava che essa era regina e che doveva divenire imperatrice.

In un sogno fatto nel 1877 conobbe chiaramente che essa non era punto la Katzian. Essa vide suo padre putativo in carcere su di un mucchio di paglia; alla sua destra un cane, emblema della fedeltà, alla sinistra una gatta, emblema della falsità, segno che essa era una finta Katzian (Katze-gatta). Essendo in chiesa nella notte di Natale del 1878, le venne in mente di essere Maria. Andando un giorno in cantina, pensando al suo diletto, vide una luce, nella quale riconobbe il *fuoco dell'amore*, che essa rivide poi in letto.

La malata alla sua ammissione dicesi l'imperatrice « Concordia », nome appreso in un libro di Schiller.

Un nastro rosso che ha al collo significa l'amore, uno bianco l'innocenza, uno giallo-nero la sua origine imperiale. La sua corona è composta di un globo e di una croce. Il globo significa che possiede il mondo, la croce che ha molti dolori da sopportare nel mondo.

Il delirio trova subito di che impiantarsi nelle nuove relazioni. La capo-infermiera è regina d'Inghilterra, il professore imperatore, uno dei medici principe imperiale, un'infermiera è il suo amante dei tempi andati, le altre malate sono principi decaduti.

La paziente brama che abbia fine lo scandalo e che si sappia chi è maschio o femmina, che sia proibito ai maschi di aver abiti muliebri

La malata è tutto il giorno in gran gala, aspettando finalmente l'incoronazione. Essa è per lo più compiacente, spesso anche erotica, talvolta irritata poichè sempre non è ricercata dalla sua elevata famiglia e non può comprendere chiaramente se appartenga alla casa regnante inglese od austriaca. L'incertezza le mette disgusto.

La notizia datale che il principe reale sposerà una principessa belga non le fa perdere la bussola. Tutto è interpretato in modo paranoico. La principessa viene a Salzburg (*Salz*, sale, amaro, *Burg*, manicomio, soggiorno sgradevole), poi a Schönbrunn (manicomio, perchè davanti ad esso trovasi una fontana *Brunnen*, bella, *schöne*). Il matrimonio si fa rimpetto alla chiesa di Sant'Agostino (cappella che è vicino al manicomio e nella quale la malata è stata in *agosto* per l'ultima volta). Quindi evidentemente quella notizia si riferisce a lei.

La paziente è grande, di bell'aspetto, senza segni di degenerazione, di occhio neuropatico, sguardo attraente.

Mestruazioni per lo più profuse, dismenorroica. Utero vergineo, forte antiverso. Il complesso fenomenologico la rivela squisitamente paranoica. Nel corso degli ultimi due anni le idee deliranti non han subìto alcun incremento. Esse vengono esternate di rado e poco cariche di effetto.

OSSERVAZIONE XXXIII.

Paranoia primaria. — Esordio nella menopausa.

Schmelz Anna, 47 anni, nubile, fu ammessa il 23, 4, 82. Il padre era ubbriacone, molti fratelli soffrivano di convulsioni. Tutta la famiglia era ipocondriaca, esaltata, irritabile.

La malata fin da bambina fu malaticcia, intellettualmente ben fornita, emotiva, paurosa, originale. A 10 anni ebbe una grave malattia con sintomi cerebrali. A 15 anni apparvero le mestruazioni con grandi disturbi. Le mestruazioni in seguito si collegarono sempre a dolori all'addome, al sacro, al capo. Fin dal 14° anno aveva lavorato e stentato pei suoi fratelli, poichè la madre era morta presto. Fino al 1870 dice di essere stata sana.

Nel 1876 entrò nella menopausa (mestruazioni irregolari, profuse, emicrania, flussioni, rumor d'orecchi, senso d'ansia, indebolimento generale). Prestò servizio come infermiera ad una malata che morì dopo poco tempo. La morte di questa donna la colpì assai. Questa le appariva spesso morente e le diceva che entrambe erano circondate da uomini. Le persone di casa le cominciarono ad apparire sospette, nemiche; spesso le pareva che i cibi fossero avvelenati. Il vino e la birra le sembravano disgustosi.

Quando morì la donna, a lei sembrò morisse di una morte spaventevole; cominciò a credere che la ritenessero complice di quella morte, poichè essa morì improvvisamente dopo aver fatto testamento, evidentemente in modo non naturale.

Le mestruazioni non apparvero più. Soffrì fino al 1878 di emicrania, peso al capo, senso di bruciore, dolori spinali; non ebbe più campo di correggere il suo delirio.

Nel 1879 nuove sofferenze (senso alternantesi di puntura e di freddo, senso di gonfiezza al capo ed all'addome). Di nuovo si fece ansiosa, diffidente. Ebbe una notte la visione di un uomo in un bosco e ne ebbe spavento grande. Aveva in mente il prete che assistè la donna morta, che era un gesuita, e si sentì perseguitata dall'intero ordine dei gesuiti. Morì il cognato e vide in ciò i gesuiti; la sorella e la sua figlia ammalarono accidentalmente; la bambina mandava odor di fosforo, il respiro della sorella era pestilenziale, entrambe secondo lei erano state avvelenate. La sua casa è piena di pericoli, nella sua camera vi è una retroporta. Figure nere la minacciano dalla finestra, entrano nella camera, la martirizzano. Non dorme più per l'ansia. Il 20, 4 partì per Graz con un parente. In vagone vi era un uomo dagli occhi terribili che la fissava continuamente, evidentemente un gesuita. Perdette i sensi per la paura.

Giunta in Graz prega piangendo i parenti di proteggere lei e la sorella. Ritornata al suo paese si calma, poi è di nuovo da capo coi gesuiti e colle pillole avvelenate. In un accesso d'ansia mortis è ricondotta a Graz e rivede i gesuiti nel coupè ecc.

Entra all'ospedale poichè è pericolosa alla sicurezza pubblica.

È di mediocre statura, senza segni di degenerazione, anemica, senza malattia degli organi vegetativi. L'esplorazione dell'utero dà un risultato negativo. La malata accusa dolori vaghi, sensazioni di paralisi, cefalea, senza reperto obbiettivo. Poi nei giorni seguenti tiene un contegno sospetto, è ansiosa, diffidente. Crede che i gesuiti stiano alla porta e sospetta che le infermiere siano d'accordo con essi.

Credesi avvelenata per arsenico e piombo. Prova stordimento e tremore in tutto il corpo. Anche questi disturbi paralgici vengono attribuiti alle persecuzioni nel senso di veleni e di gesuiti. Questi sono anche contrari alla casa imperiale, hanno avvelenato l'imperatore Giuseppe. Le parole che giungono al suo orecchio, il canto del cuculo e il gracidare del ranocchio sono interpretati nel senso della persecuzione. Certi visitatori del manicomio riconosce per alleati dei gesuiti. Alla posta le si intercettano le lettere, talchè tutto il mondo conosce i suoi segreti.

Alla notte si affaccia alla finestra, ascolta canti lontani, colpi di tosse e dà ad essi importanza. Le allucinazioni acustiche non si possono stabilire sicuramente, bensì le allucinazioni olfattive e le illusioni uditive e visive. Il delirio è in gran parte primordiale.

Vive in ansia continua. Morfina e bromuro sono rifiutati per la diffidenza della malata contro i medici. Il 12, 6, 82 fu condotta come malata inguaribile al manicomio del suo paese.

Osservazione XXXIV.

Delirio di persecuzione da ipereccitamento sessuale ed a contenuto prevalentemente sessuale.

Delirio di grandezza precoce, indice di una trasformazione.

Intermissione.

Hladik, 27 anni, coniugato, ingegnere, fu condotto in clinica il 6, 6, 77. Il padre morì per apoplessia cerebrale. Pel resto in famiglia non vi furono mai malattie nervose-cerebrali. Soffrì da bimbo la rachite. Crebbe di umore cupo, irritabile, originale, variabile. Fin dalla pubertà era molto dedito alle cose sessuali; il coito non lo soddisfaceva del tutto e si masturbò fino all'epoca del matrimonio.

Da 13-17 anni ebbe un forte dispiacere con indebolimento della memoria, talchè non poteva più studiare. (Esaurimento funzionale per eccessi sessuali).

Al principio del 77 si mostrò diffidente e cupo. Vi era gente che lo inseguiva; in marzo andò a lamentarsi presso la polizia di ingiurie infamanti, di pretese relazioni che gli si attribuivano colla moglie di un maestro. Si sentiva osservato da tutti i lati, perseguitato. Transitoriamente e frammentariamente apparvero delirii primordiali di grandezza (principe, imperatore).

Alla metà di maggio tale stato, per l'aumentarsi delle allucinazioni, raggiunse il suo acme.

Allorchè era in letto, se ascoltava voci e passi, pensava tosto che ciò si riferisse a lui. Sentiva voci che lo accusavano ed altre che lo difendevano: le prime passavano in rivista la lista intera dei suoi peccati, le ultime mettevano avanti che egli era protetto da persone potenti; senz'altro riflettere si mise in capo che i gesuiti fossero suoi nemici, l'imperatore e la corte suoi protettori. Su di questo contenuto si agitarono sempre le voci, le quali si fecero sempre più marcate. Un'altra categoria di voci gli arrivò all'orecchio un giorno in cui trovavasi a Trieste; lo si rimproverava de' suoi peccati, della seduzione della moglie di un maestro, gli si ascrivevano colpe sessuali infami ecc. Poichè aveva avuto di corto ripetute polluzioni, credè che nel suo vino si ponessero delle cantaridi. Le voci alludevano a ciò prima che s'addormentasse, gli si parlava dei sogni che più tardi avrebbe fatto e che infatti faceva. — Era un vero concerto di voci; episodicamente ascoltava anche che l'imperatore cercava in lui un principe ereditario.

Da principio egli era agitato ed inquieto per le persecuzioni; più tardi, col giungere delle idee di grandezza, trovò il suo romanzo non privo di interesse e vi si approfondò fantasticamente.

Il malato è scoliotico, rombocefalo, il cranio facciale è stretto, la gobba frontale sinistra è prominente. L'angolo labbiale sinistro è paretico, la ciera è sconvolta. Ad eccezione di una leggera insufficienza mitrale nulla di notevole ai visceri.

Dietro l'uso della morfina (ipodermicamente fino a 2 volte per giorno, 0,04) si perdettero gradatamente le voci, divenne lucido, ordinato.

Dimesso il 14, 10, 78; giudica obbiettivamente la sua malattia.

Soltanto un mese durò l'intermissione, poi tornò da capo colla polizia e coi gesuiti. Per strada inseguivanlo fanciulle, le quali gli facevano cenno che sarebbero venute da lui di notte. Sentì anche dire che egli era figlio dell'imperatore Ferdinando. Un giorno si mostrò violento contro un'impiegato di polizia e fu ricondotto al manicomio il 9, 1, 80. — Protesta, è conte di Habsburg

e re di Austria e non dà più ora alcuna udienza a chi lo interessa. È in corrispondenza telegrafica coi suoi persecutori e protettori. I gesuiti si sono alleati alla polizia. Si lagna di non aver una pistola da far fuoco sui persecutori.

Grande affastellamento di allucinazioni. I suoi pensieri vengongli sottratti a distanza. Egli è in rapporto di sentimenti con una catena di dieci mila persone. Vien tradotto al manicomio del suo paese come cronico.

Osservazione XXXV.

Paranoia primitiva nella menopausa.

Delirio di gravidanza e di persecuzione con episodico delirio di grandezza.

Spahn, donna, 53 anni, derivata da genitori sani. Una sorella è paranoica originaria, un'altra ammalò mentalmente nella menopausa. Mestruò a 16 anni, a 17 anni ebbe disturbi isterici, congestioni curate con salassi. Sessualmente molto eccitabile e vogliosa, non ha mai concepito. Le mestruazioni furono sempre scarse e dolorose.

Nel 1866 il principe reggente fece una visita al suo paese e ciò l'impressionò molto. Essa se lo sognava spesso e pensava che egli la visiterebbe ed avrebbe commercio con lei.

Nel 1874 le mestruazioni cessarono bruscamente ed entrò nella menopausa. Cominciò a soffrir cefalee, sensazioni di ansia e puntura, insonnio, boccone alla gola. Nello stesso tempo si stabilì un'alterazione psichica. Divenne irritabile, incerta, aveva dubbi continui, cominciò a sospettar dei vicini, lagnavasi specialmente delle ingiurie di tre donne. Sensazioni olfattive disgustose. — In mezzo a tale delirio incipiente di persecuzione, si stabilì anche un delirio primordiale di grandezza. Si mise in capo di essere di origine elevata, di famiglia principesca.

Questo delirio di grandezza fu interrotto da un delirio di persecuzione sessuale che alludeva ad una supposta gravidanza. Ciò deduceva dalla sua obesità e dalla scomparsa delle mestruazioni. Dopo un giorno di irrequietezza, ridivenuta calma, disse che aveva abortito, benchè non vi fossero tracce di sangue; ciò dedusse da alcuni dolori al ventre. Poi le parve di essere gravida di nuovo e ciò più volte; erano quelle tre famose donne che la facevano abortire mediante stregonerie quando essa dormiva.

In mezzo a ciò si ebbero anche sintomi di grandezza: era parente dell'imperatore, purificatrice del mondo e sentiva le voci in proposito.

In seguito fu ancora perseguitata da quelle donne che le invidiavano la dolcezza di divenir madre. Nell'estate 1876 fu gravida di nuovo e lo de-

dusse da certi stiramenti e dai moti del feto supposto. Per proteggere questo dalle insidie altrui si tamponò la vagina alla notte. Sentiva le donne che venivano colle streghe per compiere il loro malefizio, ma non le poteva vedere.

Sui primi del 1878 sentì di notte scricchiolare il letto del marito; essa pensò che quelle cattive femmine avessero di nascosto commercio con suo marito.

Poichè era divenuta minacciosa contro il marito e le vicine fu condotta al manicomio l'8, 4, 78.

È di media statura, senza abnormità scheletriche. L'addome è assai grosso per meteorismo e molto grasso. La vagina è dilatata, l'utero alto. Non vi ha spostamento d'utero, nè esagerata sensibilità.

Narra una storia ordinata, si rallegra per essere al sicuro dalle persecuzioni e si ha grandi riguardi pel suo stato di gravidanza. È diffidente contro i vicini che crede ostili al buòn andamento della gravidanza ed al loro intervento attribuisce le coliche alle quali va soggetta. Le malvagie donne la perseguitano anche qui. Il 6, 5, 78 per causa loro abortì, ma dopo una visita del marito si sentì di nuovo gravida. Non ostante ogni accenno persecutorio, la gravidanza è sempre in campo. In seguito credeva di sgravarsi anche solo dietro certi cibi od odori cattivi.

Nell'estate 1879 il delirio di grandezza si sviluppò di nuovo (regina del mondo, regina Saba, regina d'Oriente). Le due specie di delirio non si collegarono però mai sistematicamente.

Come sottospecie della paranoia primaria persecutiva dobbiamo ancora ricordare:

La pazzia dei querulanti e dei processomani (1).

Questa differisce dalla forma fondamentale di paranoia, soltanto per ciò, che sono pericolanti nel concetto dei malati gli interessi giuridici e non i vitali, e che reali avvenimenti, non assunti fino all'esito del delirio, fanno sì che il malato ben presto assuma l'ufficio attivo del persecutore e non quello del perseguitato. Non di rado però appare tuttavia in questa pazzia dei que-

(1) V. la comunicazione dell'autore, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 35 colla letteratura relativa.

rulanti anche il delirio abituale di persecuzione episodicamente; talvolta essa ha esito in questo, oppure in questo si trasforma.

Gli individui soggetti alla pazzia dei querulanti sono ad ogni modo individui tocchi e per lo più ereditariamente disposti, con segni somatici di degenerazione (anomalie del cranio) e con precoci e costanti anomalie e difetti psichici. Il difetto più saliente ed importante è un arresto etico che non permette mai ad essi un concetto morale ben delineato del giusto. La coscienza del giusto (relativo) si manifesta nel suo apprezzamento formale come mezzo, come arma legale per raggiungere scopi egoistici. Per questo difetto etico si rivela ben presto uno sfrenato egoismo, che ha in non cale la giustizia per gli altri, che è portato sempre a mettere avanti i propri interessi e che, ad una reale o supposta compromissione dei propri affari, reagisce in modo più che mai violento.

I candidati a questa forma speciale si fanno ben presto scorgere per le loro bizzarrie ed escandescenze, per le loro brutali ingiustizie, per la loro sfrenata presunzione, e, per le cattive originalità del loro carattere, vengono continuamente alle prese col vicinato.

Per lo più anche la loro capacità intellettuale è al disotto della media. Ma anche quando alcune facoltà mentali sono ben sviluppate, non manca uno strano concetto della logica che, nonostante ogni apparente acume delle conclusioni, include un considerevole lapsus e che facilmente traligna nel far cavilli. Spesso è manchevole anche la fedeltà della riproduzione e perciò le cose arrivano trasformate alla coscienza.

Gran numero di tali individui si arrestano a questo stadio di un'anomalia originaria del carattere e sono un flagello per gli altri uomini nella loro qualità di azzeccagarbugli e processomani. In molti esiste un vero piacere a far processi.

Figura come causa occasionale dello sviluppo della malattia dichiarata: una lite qualunque, nella quale questi processanti abbiano avuto la peggio, oppure un semplice rifiuto a pretese supposte giuste, ma in realtà sfacciate. Non per un vivace sentimento del giusto, come da molti si ammette, ma in seguito al non trionfante sentimento dell'ingiusto (ba-

sato su di una deficenza etica ed intellettuale), tali individui divengono di un umore morbosamente irritabile, perdono ben tosto l'assennatezza; hanno una mira soltanto e cioè di ristabilire i loro diritti supposti abbattuti. Distratti da questa mira, trascurano l'impiego, i doveri di famiglia, il benessere della casa.

Dopo alcun tempo abbandonano la vita ritirata che prima facevano, lagnandosi del disprezzo in cui eran tenuti per averla rotta col mondo e cacciano il broncio. Fiduciosi nel sentimento morboso di loro stessi, nelle proprie forze, privi di fiducia verso gli avvocati, per la loro diffidenza morbosa si sono frattanto appropriati le cognizioni della legge e della procedura. Preparati con tali armi, calcano ora la via dei tribunali, scrivono manifesti recriminativi, ricorrono in tutte le istanze.

Vi ha ancora un certo rimasuglio di assennatezza; l'eccitamento morboso è in certo modo ancor frenabile, la parola può ancora essere dominata. Col progressivo insuccesso delle loro pratiche e colle umiliazioni che vi si collegano, essi divengono sempre più sconvolti, incapaci e perdono gli ultimi rimasugli della loro assennatezza. Questo stato, che fino a questo punto poteva considerarsi come una passione, facendo un buon esame psicologico mostra sempre più le tinte di una malattia psichica reale, che non conosce più nè perspicacia, nè riguardi, nè ragione. Invece di riconoscere che le loro cose non ebbero successo perchè erano ingiuste, i malati, diffidenti all'estremo, cercano la causa del cattivo esito nella parzialità e corruttibilità dei giudici; e nei fatti più insignificanti trovano la prova per assodare una tale convinzione, che va sempre più fissandosi.

A questo punto cessano gli ultimi avanzi della riflessione in questi malati. I loro ricorsi sempre più voluminosi, le insinuazioni e denunzie, con invettive ed ingiurie contro le autorità giudiziarie costringono a misure legali, che sempre più peggiorano lo stato appassionato di questi malati.

Essi si dànno come martiri, come persone ingannate; l'amministrazione della giustizia recitò con essi un'indegna commedia. Colla loro pertinacia delirante, colla loro logica,

cabalistica ed impudente audacia, oppugnano non solo la giustizia, ma ben anche la autenticità dei giudizi pronunciati contro di essi. Essi rifiutano di pagar le mende, le spese penali, le tasse, oltraggiano gli esecutori, dichiarano i giudici, fino allora i più eletti impiegati della città, per ladri, bricconi, senza fede. Essi si spacciano non di rado per protettori ed avvocati degli altri oppressi, come quel querulante di Buchner (*Friedreich's Bl.* 1870, p. 263) che, per sentimento proprio, fondava una società di oppressi per proteggere coloro che ricevevano ingiustizie dai giudici e notificava al re lo statuto di questa società. Per lungo tempo questi malati non sono per solito conosciuti dai profani ed apprezzati convenevolmente, poichè, nonostante la mancanza di perspicacia nei loro atti per ciò che è sciocco o sconveniente, pure posseggono una dialettica e una cognizione di diritto degne di ammirazione e sono squisiti procuratori dei loro affari morbosi e deliranti. Poichè essi, appena puniti, sono da capo colle solite cose, ingiurie ai giudici, questioni ecc., così appaiono come ribaldi induriti, contro i quali nulla possono le disgrazie e le punizioni; e invece il loro contegno incorreggibile è soltanto il seguito conseguente, naturale e necessario della loro malattia.

E per questo si rende necessaria e giovevole per questi malati la misura di interdirli e di metterli in un manicomio, unico luogo per essi, chè altrimenti essi cacciano via denari ed averi coi processi, offendono senza fine i diritti altrui, turbano l'ordine pubblico, minano le disposizioni della legge; talvolta nel loro delirio hanno vendicato sanguinosamente sè ed i propri parenti dai loro nemici.

Osservazione XXXVI.

Pazzia dei querulanti, delirio tardivo di persecuzione e di avvelenamento.

S., donna d'anni 23, moglie di un calzolaio, deriva da padre pazzo. Fin da bambina si distinse pei suoi capricci e per un sentimento originale della giustizia. Prima dei 23 anni contrasse matrimonio senza inclinazione,

poi si separò legalmente, anche perchè urinava in letto, difetto rimastole dopo un parto e che prima aveva avuto fino alla pubertà. Essa fin dagli ultimi anni aveva, oltre ad una grande irritabilità, tendenza ad immischiarsi nelle questioni altrui, a far intrighi, a meditare processi. Le morirono il padre ed il fratello; essa non si sentì soddisfatta dell'eredità, entrò nel sospetto che i parenti e la legge l'avessero defraudata di 6000 fiorini. Ciò la lasciò senza pace. Comprò libri di legge, studio che l'affaticò assai e seppe procurarsi con astuzia gli atti testamentari e gli altri documenti di famiglia. Non si era illusa! Acquistò la certezza che le erano stati defraudati dei capitali ed impiantò una lite presso la procura della città. Pur troppo i suoi documenti non fecero effetto. Nell'esame dell'istruttoria apparve molto leggera, come essa stessa in seguito riconobbe; talchè si emise un non farsi luogo a procedere. Di nuovo s'ingolfò negli studi della legge, poichè notò che anche gli avvocati erano baggiani ed ingannatori e ricorse in istanza, ma di nuovo fece fiasco.

La sua parola si fece sempre più insolente e tuonante. Essa, per le sue eminenti conoscenze giuridiche ed il sentimento del giusto, si sentiva chiamata ad accampare gli oppugnati diritti delle genti ed a smascherare gli ingannatori.

Nonostante proseguì a ricorrere e a dar querele. Un giorno apparve davanti ad un magistrato e così si fece a declamare: « io mi recherò dal ministro di grazia e giustizia, gli darò personale comunicazione degli intrighi fattimi, gli farò toccar con mano che la giustizia è larvata dall'inganno. Oh si crede che io non conosca la via della cassazione?! Nè qui mi arresterò che all'occorrenza mi rivolgerò a S. M. l'imperatore!.... ».

In questo mentre un certificato medico la diceva affetta da delirio dei querulanti. Essa andò in bestia. Così, diceva, giudica un medico legale, io pazza! Finita la lettura dell'atto lasciò la sala lanciando colla voce dell'indignazione la parola « ridicolo! ».

Ritenuta irresponsabile, fu esentata dalla pena che aveva meritato per le grossolane ingiurie fatte al cognato sulla pubblica via; fu arrestata e condotta al manicomio.

Protesta vivamente contro questo arbitrio, inveisce violentemente contro l personale giudiziario, gli avvocati, ecc. e maledice il medico legale come partecipe al complotto col suo certificato.

Tiene in tasca il Codice, scrive innumerevoli pro-memorie riguardo alla condanna avuta ed esclama: « oh io sono versata in questi punti, se ne parla perfino nei giornali. I mezzi di prova illuminarono elettricamente la mia mente; ho trovato uno scritto che farà stupire. Nei giornali si leg-

gerà che in una conferenza ministeriale i giudici di Graz sono stati chiamati all'ordine ».

Essa si esalta pregustando i suoi trionfi, si paragona ad un cavallo puro sangue che tutto abbatte e vince. Ha sulle dita l'intero testamento, non ha bisogno di notaio, nè d'alcuno.

Monta perciò in sfrenato orgoglio. Intrigante, querulante in tutto, critica la disposizione della casa, si comporta brutalmente col personale sanitario.

Talvolta esplode in affetti violenti. Causa occasionale di questi è un delirio di persecuzione latente o almeno ancor poco spiegato (si vuol toglierle il senno, darle medicine avvelenate).

É una donna di media statura, ben conservata. L'espressione del viso suona orgoglio e scaltrezza calcolatrice. La metà sinistra del viso è più piccola della destra ed anche più debolmente innervata. Del resto nessuna abnormità scheletrica, nessun disturbo vegetativo.

Negli ultimi due anni si fece più che mai vivo il delirio dei querulanti per minaccie immaginarie contro la salute e la vita (delirio di persecuzione). Di rado nel suo promemoria allude alla Direzione, ma molto spesso a chi la contorna direttamente; vede sempre chi la guarda torvo, chi l'inganna, chi le porta cibi avvelenati, le infermiere sono antiche serve dei suoi parenti nemici, incaricate d'assassinarla. Un catarro gastrico di cui soffre le porge argomento per credere all'avvelenamento. I cibi avevano sapore metallico, per lo più di rame. Come reazione a questo suo stato, si hanno ad ogni tratto esplosioni sfrenate di collera, durante le quali si stenta molto a frenarla. In questi accessi perde perfino la coscienza, nè dopo ha più ricordo dell'accaduto (affetti patologici come segni di profonda malattia cerebrale). Nel tempo delle mestruazioni è sempre molto agitata, molestata da emicranie e da sensazioni neuralgiche. Fu traslocata in un ospedale d'infermi.

2° Paranoia primaria con idee deliranti di elevamento della propria personalità (delirio di grandezza).

a) *Paranoia religiosa* (1).

Fra gli stati di paranoia primaria, con idee deliranti a contenuto espansivo, la forma religiosa ha un giuoco non piccolo clinicamente e socialmente.

La vita antecedente di questi malati lascia riconoscere una disposizione alle malattie psichiche, sopratutto specialmente a questa forma. Molto spesso la malattia ultima è soltanto lo sviluppo progressivo di un carattere diretto fino ab ovo sulla via di sentimenti religiosi eccessivi e sconvolti, vale a dire una « ipertrofia del carattere ».

Quasi sempre i rappresentanti di questo gruppo di disturbi sono individui originariamente deboli, che nucleo di tutto fanno la religione e si lasciano distinguere specialmente colle pratiche esterne del culto religioso e che, colla limitazione ed ottusità dei dementi o degli imbecilli, adempiono fino allo scrupolo certi precetti religiosi coi relativi pregiudizi. Per tal modo le disposizioni di famiglia si aumentano sempre più. Non hanno tenue influenza su questi sentimenti imbecilleschi i missionari eloquenti e i parroci zelanti, i quali dipingono coi più vivi colori le sofferenze della chiesa, le ingiurie degli avversari di questa, il cielo e l'inferno ecc., e con ciò agitano e sconvolgono gli animi dei poveri di spirito. Talvolta è la lotta del destino che caccia costoro in braccio ai conforti della religione, dove trovano un ristoro al cattivo andamento degli affari.

In molti individui, che più tardi ammalano poi di paranoia religiosa, appaiono fin dalla pubertà degli stati di eccita-

(1) Marc, *De la Folie*, vol. II; Ideler, *Lehrb. d. ger. Psych.*, p. 148; lo stesso, *Der relig. Wahnsinn*, Halle 1847; Damerow, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 7, p. 375; Dagonet, *Traité*, p. 278; Ideler, *Versuch einer Theorie des relig. Wahnsinns*, 1859; Calmeil, *De la folie*, t. 1; Morel, *Traité de la méd. lég.*, p. 94; Maudsley, *La pathologie de l'esprit;* Spielmann, *Diagnostik* p. 220; Dardel, *Gaz. des hôp.* 1862, 111.

mento psichico che si palesano col bigottismo, colla tendenza alla liturgia, ad andar nei chiostri, ai pellegrinaggi, ecc., e si collegano anche occasionalmente a visioni di persone celesti.

Lo stadio d'incubazione di questo stato morboso può preesistere da mesi e da anni. Nelle donne si osservano spesso dei fenomeni clorotici, isterismo, disturbi mestruali, quali segni di sofferenze somatiche, negli uomini disposizioni ipocondriache. In entrambi i sessi si hanno spesso delle anomalie dell'istinto sessuale, che è morbosamente forte, precocemente sviluppato e spesso ha sfogo nella masturbazione.

I candidati della paranoia religiosa sono, in quello stadio, incapaci al lavoro, confusi nelle idee, leggono con predilezione scritti sacri e trattati religiosi, fanno pellegrinaggi e missioni, trascurano i loro doveri sociali. Colle epoche del massimo esaltamento religioso (nelle donne sempre nell'epoca mestruale) coincidono regolarmente dei fenomeni di erotismo, che in parte si manifestano coll'onanismo e le copule, in parte con più o meno di civetteria sacrocuoresca e di svenevolezze per certi porporati o santi.

Lo sviluppo della malattia dichiarata prende le mosse da momenti debilitanti somatici, sia da malattie acute o da eccessi sessuali o da inanizione in seguito a penitenze e digiuni. I momenti psichici occasionali sono le speranze illuse della vita, i cattivi destini od anche le parole fulminanti dei predicatori e dei missionari, che richiamano gli scrupoli di coscienza e fanno apparire dubbio il conseguimento della salute eterna.

Il principio della malattia è contrassegnato dalla comparsa di allucinazioni, come fenomeno parziale di uno stato di eccitamento psichico che può andare fino all'estasi e si accompagna ad insonnio.

Certi sentimenti sublimi di purificazione del corpo peccaminoso sotto l'alito divino, appaiono in tali stati alla coscienza ed allontanano l'individuo dagli interessi e dalle cure terrene. Un sentimento di glorificazione comprende allora questi malati, come se su di essi vegliasse lo spirito santo; nelle donne trovansi contemporaneamente assai spesso delle sensazioni di eccitamento

sessuale fino a quella del coito, che nelle ulteriori idee deliranti esse trovan confermato coll'idea di esser gravide di Dio. In questi stati estatici si può giungere fino ai fenomeni catalettici.

Le allucinazioni sono da principio semplici visioni. I malati vedono il cielo aperto, la madre di Dio sorride ad essi benevolmente; vengono loro manifestati i miracoli dell'Apocalisse, essi si sentono circondati da splendore sopraterrestre ecc. Oltre a queste rivelazioni allucinatorie estatiche, ascoltano anche delle voci « questo è il mio diletto figlio », ascoltano profezie, promesse celesti e si credono assunti al grado di profeti.

Tali allucinazioni durano fino ai più tardi stadi del processo morboso. Eccessi sessuali, masturbazione, sono momenti sotto la cui influenza questi disturbi si fanno di nuovo vivaci. Il prodotto di questi disturbi consiste, negli uomini, per lo più in idee deliranti di esser salvatori del mondo, nelle donne di essere incinte di Dio.

Questi deliri conducono prestamente alla perdita della personalità originaria e degli ultimi rimasugli del senno. La più futile opposizione che essi incontrino è attribuita al diavolo e tosto vittoriosamente superata.

Più il delirio è recente, accompagnato da affetti e da allucinazioni, più tali malati sono indotti ad agire in conformità di quello, sia sotto le innocenti spoglie di predicatore o di riformatore del mondo, con che si rendono ridicoli ed impossibili in società, sia sotto le pericolose spoglie di campione di Dio che non conosce ostacoli e tutto compie in *majorem Dei gloriam*, come certi fisiologici (?) fanatici dei tempi andati, che con ferro e fuoco perseguitavano gli infedeli.

Come nella paranoia primaria a contenuto depressivo persecutorio, anche in quella a contenuto espansivo religioso, si distinguono in generale due stadi della malattia, uno di *passività* nel quale i malati sono semplicemente osservatori e ricevitori dei sublimi sentimenti con relative allucinazioni; ed uno stadio di *attività*, nel quale il delirio già completo cerca di farsi valevole ed entra in conflitto reale col mondo.

Degni di nota nel decorso della malattia di questi riformatori del mondo, messia e madri di Dio sono, accanto ai periodi di entusiasmo e di estasi, certi momenti di profonda compunzione e depressione del sentimento di sè stessi, i periodi di dubbio di esser degni della chiamata divina, di peccaminosità, della necessità di eseguire purificazioni e di penitenze, nei quali periodi i malati rifiutano il cibo, s'impongono il silenzio, compiono danni gravi od anche si mutilano, in preda ad ansia precordiale e a visioni diaboliche, credendosi talvolta anche minacciati dal diavolo. Per regola queste contemplazioni demonomaniache passano presto e la penitenza protratta e la concentrazione religiosa richiamano tosto le visioni celesti.

Il decorso ulteriore della malattia ha una forma uguale in tutti i casi. Siccome questi individui non possono rimanere in società, così si ha spesso occasione di studiare nei manicomi gli esiti della malattia. Nei casi felici, per mezzo dell'isolamento in un manicomio, col quale, massime dietro sottrazione di tutte le occasioni al culto ed alle elocubrazioni religiose, il malato ritorna un po' in sè, si riconduce la malattia al livello precedente di un fanatismo religioso. La disposizione alla recidiva dei disturbi per cause occasionali psichiche o somatiche dura lungamente. Se questi malati vengono al manicomio e non guariscono, il manicomio apparirà ad essi ben presto un luogo di martirio, di prova ecc., sentiranno il cômpito del martirio e proveranno un'unica consolazione nelle loro splendide allucinazioni e nel pensare che debbono ancora espiare qualche tempo in qualità di campioni divini.

Da principio tali malati turbano la quiete colla smania del proselitismo e le invocazioni fanatiche contro gl'inconvertibili vicini, più tardi si fanno calmi, anzi talvolta (impallidito il delirio) diligenti e laboriosi abitatori del manicomio.

Nei loro parossismi depressivi, quando sono in lotta colle tentazioni diaboliche e mettono in opera penitenze e castighi, la sitofobia è un fenomeno comune, il quale però solo di rado richiede l'alimentazione artificiale.

Questi malati sono sempre pericolosi a loro stessi per proprio impulso o per chiamate divine, che li spingono ad automutilazioni e persino alla crocefissione (Mathieu Lovat). Agli altri sono pericolosi per gli atti di fanatismo, pei comandi avuti da Dio, per male intese, paranoiche interpretazioni dei passi della Bibbia.

L'esito della paranoia religiosa è uno stato d'indebolimento psichico, in cui il delirio esiste pei malati soltanto come frase e non è più fomentato da allucinazioni o da sensazioni estasiformi.

Un esito in completa demenza apatica non si osserva neppure in questa varietà di paranoia primaria.

Osservazione XXXVII.

Paranoia religiosa. — Automutilazione.

Windisch, donna di 22 anni, figlia di contadini, derivata da un padre psicopatico. Si sviluppò bene, ma molto per tempo si dimostrò eccessivamente dedita alle cose liturgiche. A 16 anni tifo grave. All'epoca della pubertà (17) molti eccessi di (non isteriche) convulsione con notevole aumento delle eccentricità liturgiche, fino agli stati temporanei d'esaltamento, nei quali cantava i sacri cantici e si abbandonava a contemplazioni fantastiche. A questi fenomeni andarono uniti segni non dubbi di eccitamento erotico. Sospetti di masturbazione.

Cadde in uno stato di eccitamento psichico con insonnio e visioni, poco prima d'entrare. La malata fu più volte illuminata da potenze divine e durante il lavoro rimaneva estatica; e capì che quello dei campi non era un lavoro per lei. Il 20, 12, 75 si diresse verso Graz predicando, cantando, inginocchiandosi lungo la via e fu tradotta all'ospedale. Seguita a cantare, a predicare, a dire che da alcune settimane vede le persone divine che le hanno rivelato lei dover essere quella che libererà il mondo dal peccato e salverà il genere umano col suo fervore liturgico. Essa è venuta a Graz per subirvi il martirio, essa lo attendeva, credeva tuttavia di non poter morire perchè si era già cercato senza effetto di farla morire. Queste rivelazioni essa compie con voce alta e fervente, con ciera raggiante. In breve, dopo l'ammissione pregò una malata di darle il martirio, e siccome questa si rifiutò, tentò di affogarsi. Essa entrò in tale eccitamento che la si dovè assicurare.

L'esame somatico lascia osservare un cranio piccolo, stretto e depresso nella parte frontale. Utero vergineo, lateroverso a sinistra.

Nella prima notte del 1876 si verificò un bel fenomeno; essa era illuminata totalmente e stava dietro un cancello, le genti di fuori erano illuminate dalla luce che essa spandeva; essa disparve dal cancello come uno spirito.

Questa visione fu per lei un segno di esser riserbata ad alti destini. Di notte ruppe un vetro per farsi al collo il segno che dovrebbe subire il martirio. Il 10, 1, ghermì un vecchio coltello da cucina e se lo menò tanto intorno al collo fino a far uscire il sangue e di ciò era felice. Più tardi rifiutò il cibo per meritarsi il cielo. Di tanto in tanto stato allucinatorio, durante il quale essa si vede aperto il cielo.

Colla pace dello stabilimento e la lontananza di ogni occasione al culto, col lavoro ecc. scomparvero lo stato di esaltamento religioso, e le allucinazioni; la paziente tornò allo stadio primitivo di un carattere eccentrico, liturgico, e dopo alcune settimane fu ricondotta a casa.

Osservazione XXXVIII.

Paranoia religiosa.

Ehmann, 42 anni, uomo, ammogliato, contadino, fu inviato al manicomio il 5, 6, 74 per delirio sensoriale religioso. Nulla di ereditario, mentalmente e corporalmente sempre sano, di vita regolata, ma però noto come attaccabrighe, manesco, amante dei processi.

Nell'autunno 1873 vi era una missione nel villaggio, che il malato frequentava assiduamente; fece una confessione generale e ne ebbe una penitenza rigorosa.

Dopo ciò rimase sconvolto, non lavorava più, s'aggirava intorno alla chiesa, lasciò crescere capelli e barba poichè il suo corpo era santo e non doveva esser toccato. Un giorno, essendo in chiesa, caddero per caso alcuni fiori artificiali da un altare, se li mise all'occhiello, prese ciò per un segnale divino che lo illuminava di essere lo sposo della Madre di Dio e destinato a reggere il mondo, poichè il Dio vecchio a ciò non era più atto. Sua moglie ed i suoi figli erano per lui degli ostacoli al suo matrimonio colla Madre di Dio, ma egli avrebbe, per salire al regno, sterminato questa gente inutile.

Dopo un'altra missione fu di nuovo sconvolto. Portava sempre abiti festivi col fiore divino all'occhiello, camminava pettoruto e credeva di dover fare solo ciò che gli veniva comandato dall'alto.

Lavorare non poteva più, poichè il missionario aveva detto che egli era chiamato ad alti destini e che Dio avrebbe avuto cura della moglie e dei figli.

Condotto al manicomio si bea nell'ozio, si ritiene diverso degli altri, penetrato della sua alta missione. Spesso si affaccia alla finestra e predica con volto acceso. Di notte dorme poco ed ha frequenti allucinazioni. È sempre però un po' chiuso.

Il 6, 1, 75, tiene un contegno meno riservato, si dichiara per onnipotente. Egli vede ogni giorno il tribunale di Dio e la sua santa sposa. Questa è avvolta in un abito rosso. Il cielo è bleu, bello, pieno di altari. Egli veramente non ha mai parlato col Signore del cielo, ma il missionario, ha rivelato che egli è il figlio di Dio e diverrà più che Dio. La chiesa di E. è riservata per lui. Egli non morirà mai, ma sarà assunto in cielo e siederà in cielo invece di Dio. Maria si è dichiarata la sua celeste sposa ed egli dovrà rimanere in terra finchè morrà la sua sposa terrestre.

Le sue azioni sono ispirate dall'alto. Il suo cômpito è di visitare le chiese. Egli non deve lavorare poichè è onnipotente. Prende il manicomio per la casa di Dio.

Due anni dopo, il malato sta per lo più in letto ed attende calmo il tempo della divina chiamata. Di grande interesse è una completa anestesia ed analgesia del corpo, ad eccezione della mucosa della lingua e di una zona al vertice. Non avverte le più forti correnti elettriche. Ad occhi chiusi non è cosciente della posizione delle estremità, mentre tuttavia compie i movimenti comandati senza traccia di atassia.

b) *Paranoia erotica.* — *(Erotomania)* (1).

Una varietà ancor poco studiata e rara in confronto alle altre di paranoia primaria, è la erotica.

In tutti i casi di mia osservazione trattavasi di individui originariamente tocchi, le cui abnormi attitudini psichiche erano riferibili ad influenze ereditarie o ad una malattia infantile del cervello.

Il nucleo di tutto il disturbo psichico è il delirio di esser segnalato ed amato da una persona di altro sesso, che generalmente occupa una posizione sociale elevata.

L'amore per questa persona, ciò merita di esser ricordato, è romantico, traboccante, ma tuttavia platonico. Questi malati ricordano a questo riguardo i tempi passati dei cavalieri del

(1) Marc, *De la folie,* vol. II; Dagonet, *Traité,* p. 284.

medio evo e degli eroi che Cervantes, nel suo Don Chisiotte, ha così stupendamente descritto.

Essi mostrano precocemente un contegno timido e goffo in società, specialmente al cospetto di individui di altro sesso. Delle estrinsecazioni vivaci dell'istinto sessuale, che vadano fino al soddisfacimento carnale, si cercano indarno in questi malati. Nei maschi (i più) di mia osservazione trovaronsi anzi dei segni di mancante o perverso istinto sessuale, che riceveva poi sfogo nella masturbazione.

L'anomalia del carattere si rivela tosto con un molle sentimentalismo. Ben presto, almeno nella pubertà, si palesano le traccie dell'ulteriore delirio primordiale; questi individui si innamorano in una donna, per lo più vecchia, che essi mai, o solo una volta hanno visto (Sander); hanno un'indole sognereccia, fiacca, senz'energia, lagnosa del mondo, molteplici tendenze ipocondriache. Nei loro sogni e nelle fantasticherie della vita sveglia, si agita sempre il romanzo amoroso. Le reminiscenze della lettura, i castelli in aria sono il loro pascolo.

Un bel giorno trovano in un personaggio di altro sesso e di ceto elevato l'incarnazione del loro ideale.

Con ciò finisce lo stadio d'incubazione e comincia quello della malattia dichiarata. Dallo sguardo, dai gesti della persona amata inducono che essi non sono a questa indifferenti. Ben presto il senno se ne va. Innocenti incontri sono per essi segni di amore e di incoraggiamento ad avvicinarsi. Persino degli articoli di giornali che riguardano altri, vengono da quella persona. Vengono le allucinazioni; essi sono in rapporto allucinatorio coll'oggetto del loro amore. Esistono anche illusioni: le parole del vicinato alludono a speciali rivelazioni sull'affare amoroso. Il malato si sente felice ed elevato nell'amor proprio. Non di rado giunge ad un delirio primordiale di grandezza, massime quando l'oggetto adorato occupa un rango elevato e perciò vengono uguagliate le differenze di grado.

Finalmente il malato si compromette, in quanto che agisce conforme al delirio e si rende ridicolo ed incompatibile in so-

cietà. La reclusione in manicomio, resa perciò necessaria, e gli ostacoli alle brame amorose, conducono non di rado ad un delirio primario di persecuzione, che ha però soltanto un significato episodico ed accessorio.

La malattia si presenta anche qui con esacerbazioni e remissioni, in quanto che le allucinazioni rendon temporaneamente vivace il delirio, oppure tacciono ed allora il delirio retrocede. Si hanno anche delle intermissioni. Non ho osservato guarigione.

Osservazione XXXIX.

Paranoia erotica.

Saletu, 54 anni, cocchiere, fu condotto alla clinica il 2, 2, 78. Circa all'ammissione si sa solo dai vicini che era di mente limitata, originale, non si era mai dato molta briga per le donne.

Il malato pretende ora da alcuni giorni di aver notato che la cognata del barone presso il quale serviva gli porta molta affezione. Egli ha ciò dedotto dal contegno e dallo sguardo languido, talchè crede che essa lo avrebbe volentieri sposato. Nella notte ascoltava delle voci che alludevano alla baronessa, poi sentì il barone che diceva: noi vogliamo di lui fare un amico e darle Resi in moglie. Anche la moglie del barone esternava questo parere. La gente di servizio in casa parlava di lui e con lui si rallegrava della sua felicità; soltanto la cuoca, la quale pure aveva posto gli occhi su di lui era imbroncita e minava contro di lui; mentre egli era in colloquio colla baronessa, lo metteva in mala vista e gli brontolava il vitto.

Le voci duravano sempre: sentì a dire dal barone che già era stata fatta all'imperatore la richiesta di matrimonio. Dopo ciò un giorno domandò al padrone la cognata. Con sua sorpresa e dolore si vide rispondere rozzamente e poi fu condotto all'ospedale.

Malato di media grandezza, senza segni di degenerazione, robusto. Polso tardo, arterie rigide e sclerotiche. Non si trovano altri disturbi delle funzioni vegetative. Tiene un contegno riservato, ombroso, è spesso immerso come in uno stato di sonnolenza ed evidentemente dominato da allucinazioni. Sentiva il barone dirgli di sposar la cognata.

Si conservò calmo e in seguito non manifestò più le sue idee, talchè fu dimesso il 12, 2, 78. Cercò un nuovo servizio e non lo trovò perchè si diceva: «che era troppo immerso nelle idee del suo prossimo matrimonio».

Una notte sentì che il barone diceva a sua moglie: « noi vogliamo avere un bimbo da lui poichè egli è un uomo garbato, candido come la neve ».

Il 10, 4, la gente di casa diceva: « il barone ha detto che di lui vuol fare un amico ».

L'11, 4, credè d'aver scorto la baronessa colla sorella nel parco della città. Giravano vicino a casa sua e sentì a dire da alcuni cocchieri che le donne cercavano di lui.

Si recò allora, facendogli la solita proposta, dal barone, che lo gettò quasi dalla scala.

Ammalò e la polizia lo condusse all'ospedale.

È calmo, apparentemente ordinato, ma assai occupato dalle voci, massime di notte.

Il 3, 6, 78, fu ricondotto al manicomio. Era da principio ordinato e fu assunto al servizio di guardiano di cavalli. Talvolta si figurava che la baronessa gli venisse a far visita. Dopo breve tempo s'accorse di esser l'oggetto dell'attenzione delle donne della casa. Esse lo maltrattavano per la sua relazione colla baronessa. Il malato divenne sempre più confuso. Gli vennero annunzi gradevoli di felicità e di matrimonio, altri sgradevoli con minaccie di morte. Egli sentì dolori al sacro, ai lombi. Sentì dire dalle solite donne: noi lo martorieremo tanto finchè sarà per noi. Poi vennero gli eccitamenti sessuali sino alla masturbazione e il delirio erotico, allucinatorio, con grande disordine, si stabilì permanentemente.

Il 25, 8, 79 fu tradotto nel manicomio del suo paese.

Osservazione XL.

Paranoia erotica.

Letal Rosa, 45 anni, vedova. Deriva da un padre religioso-fanatico, psicopatico. La pubertà venne al 12° anno senza disturbi e le mestruazioni decorsero regolarmente. La malata non ha mai concepito. Si maritò a 16 anni, il matrimonio non fu punto felice. Dopo sette anni rimase vedova. Viveva in modo modesto, ma regolato.

In seguito manifestò una personalità turbata, esaltata, grande predilezione per la poesia, la musica, il teatro; non si diede però a fare la comica poichè non era arte abbastanza nobile. Sensibile e commovibile ad ogni bene e ad ogni male. Tranne alcuni disturbi circolatorii al capo, non presenta alcun disturbo vegetativo.

Da cinque anni imparò a conoscere un ufficiale di alta sfera. Le fece una profonda impressione e le sembrò di non essergli indifferente. Gli scrisse lettere, gli mandò e chiese la fotografia; tutto le fu rimandato senza esser

stata neppur guardato. Nuove lettere. Rispose l'ufficiale che lo lasciasse in pace. Peggiorò sempre più, ma continuò a persistere nel suo amore. Andò ad un santuario, inserì allusioni nei giornali, credè di ritrovare in questi delle risposte che le davano delle speranze. Dietro richiesta dell'ufficiale intervenne la polizia. Essa spedì a quel signore fotografie oscene, lo perseguitava dovunque. La polizia la tradusse all'ospedale, in osservazione pel suo stato mentale. Anche qui seguitarono le pretese inserzioni nel giornale, del suo preteso amante, da cui si riprometteva un « dolce futuro ». È incapace di critica.

Le allucinazioni mancarono sempre: tutto ciò che nel giornale si riferiva ad altri interpretava a suo modo, secondo la propria personalità. La ciera, lo sguardo, il contegno hanno in sè la prova dello stato paranoico.

CAPITOLO V

La pazzia per idee fisse (1).

Sotto questa denominazione si comprende una forma assai rara nei manicomi, assai frequente nella vita libera, il cui fenomeno fondamentale risiede nelle idee fisse.

Invece dei disturbi elementari ed episodici per idee fisse, che si hanno nei neuropati e nei melanconici, qui si tratta di stati che durevolmente e regolarmente ledono la personalità ed agiscono arrestando o scuotendo la vita psichica in tutte le direzioni, che hanno uno speciale decorso e perciò meritano di essere assunti come forma speciale e ben caratteristica di un quadro morboso.

La sua influenza sulla vita delle idee è arrestatrice, dà luogo ai più forti sentimenti, fino agli affetti della disperazione; psicomotoriamente si arriva ad azioni impulsive od all'arresto delle azioni volontarie.

Questa pazzia per idee fisse si basa su di un fondo neurotico. Per regola questo è dimostrabile come neurastenia costituzionale ed ereditaria e su questo fondo può svilupparsi, al pari delle idee fisse, il quadro isterico ed ipocondriaco; soltanto in rari casi (Berger l. c.) la neurastenia, con o senza segni cor-

(1) *Sinonimi:* paranoia abortiva, pazzia del dubbio con timore del contatto, pazzia con coscienza, pseudomonomania, impulsioni intellettuali, pazzia a idee imposte, delirio emotivo.

Letteratura: v. vol. I, p. 84; Griesinger, *Archiv. f. Psych.*, I, p. 626; Berger, VI, H. 1., VIII, H. 3; Salomon VIII, H. 3; Wille XII, H. 1; Falret, *Annal. méd. psychol.* 1866; Legrand du Saulle, *La folie du doute ecc.*, Paris 1875; vedi Krafft, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 35; Schaefer, *id.* 36, p. 272; Brosius, *Irrenfreund* 1881; Claus, *id.* 1880, n. 11 (coll'interessante notizia che Gian Paolo nel suo *cappellano di campo Schmelzle* descrisse, molto tempo prima che cominciassero vere ricerche scientifiche, un caso tipico di idee fisse con azioni impulsive).

rispondenti isterici od ipocondriaci, è una forma acquisita (per sforzi mentali, emozioni dell'animo, malattie gravi, esaurienti, parti, allattamenti, eccessi sessuali, onanismo) e raramente è transitoria. Cause occasionali per l'esordio delle malattie e delle recidive sono i ricordati momenti debilitanti.

Nei casi che si sviluppano sulla base di una predisposizione ereditaria, bastano le fasi della vita fisiologica (pubertà, climaterio) per chiamare in scena la malattia; anzi non di rado questa viene anche prima della pubertà, nella fanciullezza, analogamente ai casi di paranoia originaria.

Che la malattia decorra su di un fondo neurastenico lo insegna anche il fatto che dànno a quella immediatamente luogo gli elementi debilitanti che deprimono il tono cerebrale, quali le commozioni dell'animo, le emorragie (mestruazioni), le indisposizioni, gli eccessi ecc.; che le recrudescenze ed esacerbazioni della psicopatia vanno di pari passo con quelle della neurosi concomitante, come al contrario i successi della terapia sulla debolezza nervosa migliorano anche lo stato mentale.

La malattia viene presso a poco ugualmente in entrambi i sessi (1). Le idee fisse della forma in esame hanno certi punti comuni e di analogia con quelle dei deliri primordiali della paranoia primaria, in quanto che si sviluppano primitivamente, prive di ogni fondo affettivo, quand'anche evocate da una commozione dell'animo, dalla profondità della vita mentale incosciente, sorprendendo e turbando il contenuto logico e cosciente delle idee; ne introducono cioè uno estraneo e guadagnano un significato forzoso ed imperativo.

Una distinzione fondamentale fra questi due stati sta in ciò che i deliri primordiali della paranoia vengono rapidamente appresi, assimilati ed assunti a idee deliranti sistematiche, mentre le idee fisse, almeno per regola, rimangono durevolmente nella coscienza apprezzate come morbose, non assimilabili, come ele-

(1) La mia casuistica comprende 18 uomini, 17 donne; quella di Wille 7 uomini, 9 donne; nel resto della letteratura si notano 13 uomini, 14 donne.

menti estranei ed opposti alla coscienza stessa. Riguardo al decorso abbiamo d'altra parte delle analogie, in quanto che la pazzia per idee fisse ha ciò di comune colla paranoia primaria che è una forma altamente costituzionale, durevole, che raggiunge uno stato stazionario, ma non fino agli stati gravi d'indebolimento mentale.

Uno stadio d'incubazione non esiste psichiatricamente. In mezzo al benessere mentale i malati sono immediatamente assaliti da pensieri che non hanno che fare colle cose loro, che non sono provocati da affetti vivi; i quali pensieri dominano con intensità e durata morbose nella coscienza, in onta ad ogni energia di volontà e di associazione, poi scompaiono spontaneamente. Il malato riacquista pace, ma poi un nuovo ordine di idee fisse moleste si sostituisce a quelle che sono scomparse. Questo stato è tanto più a temersi quando gli stati di reazione emotiva generati dalle idee fisse deprimono la facoltà di arrestare la volontà ed i poteri dell'associazione; specialmente l'eccesso del lavoro mentale che si produce durante un accesso, mette il cervello temporaneamente in uno stato di neurastenia, che si traduce poi in debolezza irritabile.

La causa immediata della comparsa delle idee fisse concrete è soltanto eccezionalmente dimostrabile. Il loro risveglio può aver luogo psicologicamente sulla via dell'associazione delle idee, subordinatamente ad una percezione sensoriale, ad un accidente qualsiasi ad una parola di un libro, di una preghiera, di un discorso, e, secondo le circostanze, all'idea dei contrapposti. Per regola la via d'origine è psicologica, organica, analoga a quella dei deliri primordiali e quindi è difficile stabilire il *primum movens* nello sviluppo delle idee fisse. Talvolta è dimostrabile una connessione di idee erotiche e lascive colle mestruazioni, una connessione di idee distruttive con sensazioni corporee moleste, per es. con una neuralgia, alla quale si collega l'idea allo stato nascente. Il contenuto delle idee fisse è molteplice, corrispondente alla ricchezza della vita psichica sopratutto, ed alla direzione individuale. A questo riguardo non è a negarsi che le anomalie originarie del carat-

tere prestano sostegno allo sviluppo di queste o quelle idee, p. es. le fantasticherie religiose nei bigotti, i pensieri di contaminazione negli isterici od ipocondriaci, le metafisicherie se tutto sia ben fatto od a suo luogo negli individui precocemente dediti alla pedanteria ed alla mania dell'ordine. Sorprendente è d'altra parte il contenuto tipicamente consonante delle idee fisse, anzi temporaneamente legato alle posizioni della vita, al sesso, al grado dei diversi individui, analogamente ai deliri primordiali dei paranoici primari, massime originari.

È tuttavia giustificato ritenere come quadro morboso a sè, in mezzo all'intero gruppo, quel complesso di casi in cui l'idea fissa si esterna prima colla metafisica (per lo più religiosa e filosofica), poi colle idee fisse della contaminazione per metalli, animali ecc. (*folie du doute avec délire du toucher*. Legrand du Saulle).

Le idee fisse di questo genere sono le più frequenti. Quelle a contenuto religioso si impongono con questi problemi: chi è Dio? — Vi è un Dio? Come può procurarsi la eternità? Perchè vi è un diavolo? Vi è realmente il diavolo? Vi è l'eternità? Vi è la provvidenza? Come si può comprendere il concetto della Trinità in una persona? — Fenomeni analoghi sono i problemi metafisici come si è originato l'uomo, come il mondo.

Certi malati si immergono nei problemi matematici che li conducono ad un continuo calcolo mentale fino all'estenuazione. In altri ad ogni percezione sensoriale si collega la questione del perchè dei fenomeni o quella se, vedendo p. es. un coltello non taglieranno il collo a sè stessi od ai parenti; se, essendo in riva ad un fiume vi si getteranno dentro o no; se, nel primo caso, verrà la morte e come? Sarà imponente l'emorragia? Nel secondo caso si potrà salvare per nuoto? Oppure trattasi di idee fisse più o meno insignificanti, se le donne incontrate siano belle o brutte, nubili o maritate.

In altri casi queste idee si agitano costantemente sulle occupazioni giornaliere, se gli affari vanno bene, se una lettera è stata scritta chiaramente, al suo vero indirizzo, se vi erano errori ortografici, scarabocchi, se la lettera fu posta proprio nella

buca. Poi se una somma di denaro fu ben contata, un conto ben eseguito, se le porte furono realmente chiuse, i lumi spenti, se qualche ladro si sia introdotto di soppiatto in casa.

Poi si hanno ancora le idee fisse querule e gli scrupoli se questa o quell'azione non sia dannosa alla propria od all'altrui salvezza. Il pensiero di aver danneggiato la salute o la vita degli altri con uno spillo, uno stecco, un vetro, una macchia d'inchiostro tormenta codesti malati, la loro fantasia si abbandona alle più assurde ipotesi: se vedono un ponte, si affaccia loro il pensiero di aver gettato qualcuno nell'acqua, essi debbono sorvegliare a che nessuno dei passeggieri cada nell'acqua; la loro situazione giunge fino all'idea fissa di avere in coscienza un assassinio.

Nelle preghiere balenano idee contrapposte « dannato » invece di « salvato», « inferno » invece di « paradiso », « fuoco, scrofa » invece di « madonna » ecc.

Alla fine della confessione martella il pensiero di aver dimenticato dei peccati, dopo la comunione di essersi comunicati indegnamente, di aver lasciato cadere parte dell'ostia. Dopo una testimonianza giuridica viene il pensiero fisso di aver detto il falso, di aver spergiurato. Dopo esser rimasti in società viene il dubbio di aver perduto degli scritti compromettenti. Facendo delle spese si ha il dubbio di aver imbrogliato dei denari.

Per la strada si ha il pensiero fisso di dover arrossire o di rendersi ridicoli. I malati debbono osservare per ore intere che i bimbi non vadano sotto le carrozze, se i tetti cadono, se i ponti crollano, se quelli che passano sono più o meno felici.

Nell'ulteriore decorso si arriva spesso all'idea fissa della contaminazione per sudicerie, veleni.

La vista di gatti, cani, risveglia l'idea dell'idrofobia, la vista di un vaso di rame, di un saliscendi metallico l'idea del verderame.

Il malato è avvelenato, comunica il veleno alla famiglia, tutti sono avvelenati.

Non sempre le idee fisse sono assurde (pericoli realmente possibili, problemi filosofici, questioni matematiche). Così un

mio malato farneticava per dei mesi se la sua posizione sociale era sicura. Fra tutte le circostanze colpisce specialmente l'incapacità di condurre ad una conclusione le loro escogitazioni, la tenacità colla quale vi ci si tormentano, nonostante che il malato comprenda l'inverosomiglianza, anzi l'impossibilità delle sue fantasticherie.

Il disturbo formale dell'ideazione che si ha nelle idee fisse, esercita la sua influenza sulle rimanenti funzioni della vita psichica.

Riguardo al corso delle idee, arresta il libero giuoco dell'associazione ed impedisce la formazione delle idee calme ed assennate.

Specialmente importante è la loro influenza sulle azioni e sui sentimenti. Nonostante ogni lucidità, nonostante ogni cognizione di ciò che vi è di morboso e dell'inutilità e tormento che vi ha nel giuoco forzato del pensiero, il malato deve continuamente lambiccarsi il cervello, crearsi questioni, guardarsi intorno, accertarsi molte volte di una cosa, riandar col pensiero sugli avvenimenti, ponderarne la possibilità, lottare col significato delle parole nelle preghiere, sembrandogli di alterar tutto. Col tempo vengono gli impulsi ad agire in conformità delle idee fisse o di omettere di eseguire certe azioni sotto l'incubo di queste idee.

Il malato deve preservare sè e gli altri dai pericoli, appianare le pieghe dei tappeti di una sala, togliere i sassi dalla strada perchè qualcuno non vi urti contro coi piedi, si sente spinto nelle sue idee distruttive ad uccidere sè o gli altri, a commetter misfatti, a profferire bestemmie, a stringer coi denti l'ostia, a consegnarsi alla giustizia come spergiuro od assassino. Oppure — nei casi innocui — egli deve costantemente mantenere l'ordine, metter tutto sulla retta via, modificare sul proprio il concetto degli altri, allontanare dai proprii abiti l'ipotetica polvere, il veleno. Con ciò il malato perde molto tempo e diviene a poco a poco inetto alle occupazioni. Anche al cessare delle idee fisse rimane sempre inetto in società. Egli non osa più toccare i saliscendi o i vasi di metallo, di visitare la chiesa od il teatro, poichè teme di fare un sacri-

legio o di compromettersi, egli si vergogna di comparire in strada, di passare un ponte poichè teme di fare a tutti del male o di vedere strade od oggetti che gli richiamino le idee fisse più terribili.

Si limita a girare per strade deserte, di sera, passando i ponti di corsa ecc.

Ha un'importanza speciale la reazione emotiva dei malati. In seguito alle idee fisse si arriva ad un'ansia reattiva violenta, che può giungere fino alle esplosioni di disperazione ed alle crisi nervose (polso convulsivo, tremori, cardiopalmo, accessi vertiginosi).

L'ansia si spiega per lo stato penoso e teso dell'animo, dato dalle idee deliranti, pel sentimento d'impotenza a rattenere le idee, pel loro contenuto penoso, che rivela al malato come egli sia un sacrilego, un delinquente, un porco ecc. Inoltre l'ansia si accresce quando il malato sente diminuire la resistenza opposta contro gli impulsi a mal fare che gli dettano le idee fisse, le quali lo spingono a rendersi ridicolo, sacrilego, delinquente ecc. Gli reca finalmente molt'ansia il pericolo di render palese il proprio stato, il timore di sembrar pazzo in faccia a tutti.

Il malato potrà cedere alle sue idee deliranti e cadere in impulsi o sfogarsi con lacrime; e così dopo questa crisi motoria o secretoria potrà sentirsi sollevato.

Il decorso della malattia si agita fra remissioni ed esacerbazioni. Le intermissioni, della durata persino di molti anni, non sono rare. Gli accessi della malattia insorgono rapidamente ed in ugual modo scompaiono. Dopo una frequenza seriale di parossismi segue per lo più una lunga pausa di riposo e di sollievo. I disturbi somatici concomitanti della malattia sono quelli della neurosi che serve di base a questi stati (neurastenia, isterismo, ipocondria). Come in queste neurosi, si hanno anche qui non di rado accessi spontanei di ansia e fenomeni epilettoidi.

Episodicamente può venir in campo la melanconia. Io ho osservato un caso di pazzia per idee fisse in complicazione colla melanconia periodica. Temporaneamente la critica del malato può

cadere in preda alle idee fisse e possono queste acquistare il significato caratteristico delle idee deliranti. Gli esiti della malattia sono la guarigione, la paranoia e gli stati di torpore mentale. Nei casi acquisiti, non costituzionali, io ho visto spesso la guarigione, negli altri mai.

Il passaggio a paranoia primaria è raro. Gli esiti finali in un torpore mentale, non devono esser confusi colla demenza. L'esito in questa non è finora stato osservato (1).

Virtualmente questi malati possono rimanere mentalmente perfetti, capaci di occuparsi, ma l'impulso ad indagare, a verificare, ad ordinare, pulire, non li lascia adempiere mai del tutto alle loro attribuzioni. Il loro ribrezzo davanti a tutto ciò che può richiamare in essi le idee fisse, li arresta quando sono per passare la soglia della camera o della sala, impedisce loro di occuparsi colla lettura, di prendere gli oggetti. Una sconsolante mancanza di attività, una grande debolezza volitiva e l'emotività amareggiano la vita di questi malati, rendendoli inaccessibili ad ogni distrazione; con ciò si crea una situazione sempre più favorevole al ritorno delle idee fisse.

Per chiarire queste interessanti alterazioni psichiche, dobbiamo ammettere i seguenti disturbi funzionali:

1° Una suscettibilità morbosamente aumentata della vita ideativa, con facile riferimento delle percezioni e dei ricordi al proprio io (analogamente a quanto avviene nei paranoici primari, con accentuazione vivacissima dei sentimenti nel campo delle idee morbose);

2° Un'attività esagerata della fantasia, che lascia osservare la più grande facilità all'insorgere delle idee fisse concrete, fomentandole continuamente coll'intervento di ulteriori situazioni e circoli viziosi del pensiero (2);

(1) Berger constatò in un malato assoluta integrità dell'intelligenza dopo venti anni di durata della malattia, Kelp dopo trentotto.

(2) Per es. una malata di Sander, che da uno sguardo ricevuto per caso da un uomo crede di aver contratto con esso il coito; una malata di Berger vedendo delle scatole venne, senz'alcun'altra ragione all'idea fissa che vi fosse del veleno, che poteva nuocere a ognuno, che essa era una peccatrice ecc.

3° L'energia del pensiero e della volontà (funzioni del cervello anteriore), per la lotta fra le idee fisse e quelle evocate volontariamente, è profondamente depressa in questi neuropatici (debolezza irritabile).

La terapia in questa forma deve in prima linea aver considerazione al fondamento neurotico, neurastenico, corporeo. Il migliorare il sistema nervoso con bagni freddi, cura climatica, bagni marini, faradizzazione generale, mezzi tonici (ferro, chinina, ergotina, arsenico) è una cosa capitale e persino nei casi costituzionali ha talvolta temporaneamente un esito felice.

Moralmente sono il miglior mezzo la società, i viaggi, le distrazioni, le occupazioni che non stanchino la mente ed il corpo. L'impressionabilità morbosa dell'organo psichico potrà deprimersi col bromuro di potassio (4-6) usato lungamente. Con ciò i parossismi, massime nelle ricorrenze mestruali, possono evitarsi od almeno rendersi più brevi e sopportabili.

Negli accessi riescono essenzialmente calmanti i preparati bromici a grossa dose (6-10), le iniezioni di morfina, il cloralio idrato, l'uso dell'alcool, specialmente poi le parole consolanti del vicinato, le rassicurazioni che così non è, i conforti di una persona di fiducia.

Osservazione XLI.

Costituzione neuropatica ereditaria.

Bisogno di fantasticare e ulteriormente delirio del contatto.

Ansia d'avvelenamento. — Deliri primordiali episodici.

Giuliana S., di anni 19 domestica, ungherese, fu accolta il 26, 8, 77 nella clinica psichiatrica di Graz.

Il padre era un forte bevitore, uomo irascibile, aveva 57 anni quando nacque la figlia, la madre era neurastenica, soggetta ad emicranie, psichicamente strana, non volle mai occuparsi dei suoi bambini; la madre di questa fu pazza, una figlia di sua sorella va soggetta a vertigini epilettiche. Le due sorelle della malata sono di leggeri irritabili.

La malata si sviluppò bene mentalmente e corporalmente. Fin dalla fanciullezza si mostrò però nervosa, irritabile, paurosa, di facile emotività. Era intollerante per gli alcoolici. Fin dal 6° anno soffre di emicrania che viene ogni due settimane.

A 10 anni ammalò di vaiuolo. Rimase per otto giorni assai confusa e perdette anche per qualche tempo la coscienza. Dopo questa malattia divenne anche più irritabile, timida, emotiva e strana. Dimostrò sempre grande tenerezza per le compagne, mentre non è fatta parola di tendenze verso le persone di sesso diverso.

Al 13° anno, senza alcun sintomo somatico, senza causa ed emozione dell'animo cominciarono le fantasticherie metafisiche. Cominciò ad occuparsi della Trinità, a pensare come mai fosse possibile che due persone si personificassero in una, perchè Dio permettesse che suo figlio divenisse redentore dell'umanità e si facesse uccidere... e simili.

Questi lambiccamenti del cervello venivano accessualmente, duravano alcuni giorni finchè la malata cadeva in preda a violente cefalee e rimaneva completamente confusa. Non si collegava l'ansia a questi parossismi metafisici, dei quali rimaneva esente per dei mesi.

A 18 anni apparvero le mestruazioni e senz'altri disturbi, chè anzi scomparvero quelle cefalee di cui soffriva ogni due settimane dal 13° anno. Le idee fisse a contenuto religioso diminuirono, ma le vennero invece dei pensieri di essere soltanto la figlia addottiva dei suoi genitori e di esser figlia vera di un'alto impiegato. Intorno a questa possibilità si lambiccò il capo per un mezzo anno, durante il qual tempo cessarono le mestruazioni. Comunque essa fosse per lo più cosciente dell'impossibilità di certe idee, pure avea dei giorni in cui credeva alla loro realtà. Durante questi periodi la malata non era normale psichicamente; nulla le garbava, si sarebbe tolta la vita.

Col riapparire delle mestruazioni (18 anni e mezzo) che in seguito vennero irregolarmente, ogni quattordici giorni ed anche ogni cinque settimane, con malumore, irritabilità ecc., si dileguarono in parte questi fenomeni di distimia, ma le idee fisse si fecero più violente, più frequenti e si collegarono all'ansia precordiale. Questi pensieri dapprima si accrescevano in coincidenza coi disturbi mestruali, ma dopo un anno le mestruazioni non ebbero più in ciò alcuna influenza.

Mentre le primitive fantasticherie religiose e domestiche si appalesarono in seguito soltanto sporadicamente, al principio del 19° anno si stabilirono degli scrupoli riguardo alla correttezza delle sue azioni. Le vennero scrupoli se compieva o no bene i lavori di casa, se tutto era in ordine, al suo luogo, cominciò a temere continuamente che si potesse originare un incendio. Se andava a far la spesa le veniva il dubbio di non aver ben chiuso la

porta. Poi temè che i vasi di rame non fossero ben puliti e che vi fosse quindi il veleno per volta. Il pensiero del veleno si fece sempre più vivace. Il contatto degli oggetti, massime di metallo, le divenne penosissimo; se per caso ne toccava cadeva in grande ansia e si lavava e rilavava e puliva gli abiti in cui credevasi fosse annidato il veleno. Questo timore del contatto e le idee annessevi giunsero fino a vere crisi di ansia precordiale. Questo stato si aggravò per la morte di un bambino, per la quale le idee dei veleni si accrebbero. Le vennero degli scrupoli anche riguardo alla sua toilette, talchè non osava più farsi vedere in pubblico. La vita divenne per lei un vero martirio. Poichè non potè disimpegnare bene le sue occupazioni, tornò a casa sua dove rimase sei mesi. Il suo stato, con remissioni ed esacerbazioni, rimase sempre quello.

All'infuori di un certo ottundimento al capo, con anoressia e costipazione, non offre alcun disturbo somatico.

Sentendosi migliorata nelle idee fisse tornò a servizio il 1° settembre 1877. Ben presto tornarono in campo i timori dei veleni, gli scrupoli del contatto con violente sensazioni d'ansia. Lo stato si fece sempre più grave, insopportabile, tentò di annegarsi e fu condotta all'ospedale. Prega i medici che la liberino dalle sue idee, in cui riconosce mancanza di fondamento. Essa crede di soffrir di una malattia al capo e di dover divenire pazza.

Persona intelligente. Non esistono traccie di un profondo disturbo psichico, nè di melanconia.

Di media statura, ben nutrita. Cranio normale, nessun segno di degenerazione. All'infuori di brevi accessi malarici con tumore di milza, non ha alcun disturbo vegetativo. Non anemia, non neuralgia. Imene intatto, utero piccolo, poco sviluppato, di consistenza notevole. — Non sembra dedita alla masturbazione. Polso piccolo, celere. Tenne in seguito un contegno ordinato, ma diffidente. Le idee più penose scomparvero, però vennero spesso dei dubbi sulla sua salute, dei timori di diventar pazza. A quando a quando riapparsa delle vecchie idee fisse a contenuto religioso, ma della durata di mezze ore, senza ansia e facilmente superabili. Questi disturbi sono più gravi e più frequenti durante le mestruazioni, le quali decorrono con lievi coliche.

Le disposizioni dell'animo sono molto tristi, la malata è molto irritabile. Debole pure è l'innervazione vasomotoria. Cambia spesso di colore e quando le si parla diviene rossa in viso. Tendenze sessuali contrarie. È innamorata di una giovine infermiera.

La cura della malata consistè in aspersioni fredde e in 6 gr. di bromuro potassico al giorno. Mentre la paziente guariva delle idee fisse, guarirono pure i disturbi nervosi e fu licenziata.

Il trattamento poco buono dei parenti e la mancanza del bromuro, la ricondussero alla clinica il 4, 2, 80 in uno stato di disperazione. Dal giugno 1879 erano riapparse le fantasticherie religiose e l'idea che tutto fosse avvelenato e sporco. Quando voleva pregare venivano i pensieri del perchè esistessero i santi, se vi fosse Dio e il diavolo ecc.

Questi pensieri si collegavano a forte ansia reattiva. Si tratteneva dal suicidio solo per l'idea dell'eterna dannazione.

Col bromuro e l'idroterapia si dileguarono di nuovo le idee, che in seguito apparvero solo prima delle mestruazioni con aumento dei fenomeni neurotici e ansia precordiale reattiva, che giungeva fino ad esplosioni di disperazione. Con 8 gr. di bromuro questi accessi si fecero più miti e più rari. Le idee fisse si aggirarono solo su questo argomento: se il suo lavoro era eseguito bene.

Nell'estate 1880 scomparvero le idee religiose e di impulizia, ma vennero le idee di essere trattata ostilmente e perseguitata. Col tempo queste idee non si corressero, talchè acquistarono il significato di vere idee deliranti. Migliorata lasciò il manicomio ai primi del 1881.

Appena uscita si suicidò.

Osservazione XLII.

Pazzia acuta in idee fisse.

X., 30 anni, celibe, impiegato, deriva da genitori sani, ma bigotti. Lo zio paterno era pazzo. Si sviluppò bene, non fu mai gravemente malato.

Fin dall'8° anno fu dedito all'onanismo. Davanti alle donne ebbe sempre timore ed ansia; non fu mai capace di compiere il coito. Negli ultimi anni manifestò segni di neurastenia e d'ipocondria. Nel marzo 1880 morì il padre ed egli ne rimase molto colpito. In breve tempo divennero pazzi due suoi amici ed una donna di servizio; ciò produsse in lui molta impressione. Una notte in aprile si sentì peso alla testa, malessere e fu preso dall'idea di dover divenir pazzo anch'esso. Violenta ansia reattiva. Egli doveva sempre lambiccarsi il capo su questa eventualità, perdè il sonno e l'appetito, consultò medici ma inutilmente. Fenomeni cerebrali neurastenici lo lasciarono perseverare nell'idea di dover perdere l'intelletto. Grande disperazione.

Un giorno in famiglia parlavasi di religione. Dopo ciò gli vennero scrupoli di non aver esattamente adempiuti i precetti della religione che egli da un anno aveva trascurato. Gli vennero i dubbi se egli avesse fatto per bene la confessione, se avesse omesso alcun peccato, egli dovè continuamente lambiccarsi il capo sui dettagli della confessione. Egli non poteva trovare alcuna mancanza, ma pure quest'idea non gli lasciava pace. Divenne nervoso, irrita-

bile, insonne, disoccupato. Il pensiero d'impazzire si fece sempre maggiore. Per lo più nelle ore del giorno aveva le idee con più violenza e con ansia reattiva, alla sera si sentiva libero per alcune ore ed era perfettamente cosciente delle sue idee morbose. Nelle ore dei dubbi e dell'agitazione egli doveva pensare se era malato o no, se era guaribile, se dopo guarito vi sarebbe da subire la recidiva ecc.

Fu fatta nella sua città una nuova legge riguardo alla successione ereditaria. Qui nuovi dubbi se l'eredità del padre fosse stata divisa bene, se egli non doveva rispondere al giudice; egli doveva per lunghe ore lambiccarsi il capo e controllare tutto fino all'esaurimento ed alla disperazione. Il sonno migliorò, ma appena svegliato di nuovo venivano in campo le idee. Era al massimo compreso dall'idea di divenir pazzo. Quando egli cercava di reprimere le sue metafisicherie, la situazione si faceva sempre più grave, aveva ansia, *taedium vitae.*

Dopo tre anni e mezzo di malattia, il malato mi fu condotto dai parenti. Nessun'anomalia scheletrica. Funzioni vegetative intatte, però il malato era magro, stralunato nello sguardo, irrequieto nei movimenti. Le idee fisse venivano in modo impetuoso, duravano dal buon mattino fino alla tarda sera. Il malato era cosciente dell'infondatezza dei suoi dubbi, dichiarava però impossibile il potersi sottrarre alle sue fissazioni. Prende 6 gr. di bromuro, fa aspersioni fredde, prende estratto acquoso d'oppio fino 2 volte al giorno; è messa in chiaro l'abitudine sua di masturbarsi. Migliorò rapidamente; le idee fisse durarono solo per breve tempo, potevano essere superate. Riprese interesse per le cose di fuori. Alla fine d'agosto le idee fisse ed i sintomi neurastenici erano scomparsi. Nell'inverno 1880-81, dopo un'emozione ed uno sforzo mentale si ristabilirono le idee fisse per alcuni giorni. Riapparvero ancora forti nell'agosto 1881 e si dileguarono di nuovo dopo essere stato ai bagni in una stazione alpestre. Finora le idee non si sono più ripresentate.

CAPITOLO VI

Pazzia epilettica (1).

Delimitazione clinica della neurosi epilettica. Carattere epilettico e disturbi psichici elementari degli epilettici.

La sindrome clinica dell'epilessia ha fin dai tempi di Ippocrate ricevuto considerevole sviluppo. La neuropatologia odierna riconosce il fatto che, invece delle convulsioni generali tonico-cloniche, con perdita di coscienza, possono presentarsi degli accessi nervosi che, a primo aspetto, poco o nulla hanno di comune col classico accesso epilettico e che tuttavia debbono essere considerati come segni equivalenti dell'esistente epilessia.

Come equivalenti di tal genere sono da ammettersi senza dubbio:

1° Semplici lacune nella continuità della coscienza, perdite della durata di secondi e di minuti, od anche semplici turbamenti della coscienza, con pallore del viso (assenze senza altri disturbi motorii concomitanti, specialmente convulsivi);

2° Gli stessi difetti o turbamenti della coscienza in connessione a convulsioni muscolari parziali. Queste possono limitarsi a cambiamenti di colorito, contrazioni del viso, convellimenti del capo o degli arti, balbuzie, parole incoerenti;

(1) Esquirol, *Maladies mentales;* vol. 1; Brach, *Einfluss der Epilepsie auf die Geisteskräfte,* Cöln 1841; Henke, *Abhandlungen* iv; Bouchut e Cazauvielh, *Arch. génér.* ix, p. 150, x, p. 5; Arthaud, *Gaz. de Lyon* 1867, 40; Falret, *De l'état mental des épil.,* Paris 1861; Delasiauve, *De l'épilepsie;* Flemming, *Phychosen* p. 118; Legrand du Saulle, *La folie devant les tribun.,* cap. xi; Russel Reynolds *L'épilepsie;* Sander, *Berl. Klin. Wochen.* 1873, 42; Legrand du Saulle, *Etude medico-légale sur les épil.,* Paris 1877; Nothnagel, *Ziemssen's Hdb.* xii, 2: Samt *Arhiv. f. Psych.* v, H. 2 e vi, H. 1.

3° Gli stessi disturbi della coscienza con simultanee azioni impulsive, automatico-sonnamboliche... p. es. urinare, rompere gli oggetti, fuggire ad occhi chiusi ecc.

Dietro l'esperienza di Griesinger *(Arch. f. Psych.,* I, p. 323) possono anzi degli accessi di vertigine, che dalle parti periferiche del corpo salgono fino al capo, ossia col carattere dell' aura, i quali decorrono con ansia, disturbo momentaneo della coscienza, confusione della mente come ubbriaca, cardiopalmo, movimenti automatici delle labbra o della gola ecc., avere il significato di insulti epilettici. Questi stati in cui il malato si aggira stordito, parla insensato e commette azioni perverse, coincidono con frequenza cogli accessi vertiginosi.

Le osservazioni di Emminghaus *(Arch. f. Psych.,* IV, H. 3) rendono verosimile che i parossismi di scialorrea, i quali vengono senz'altro motivo, specialmente senza sforzo muscolare, con o senza vertigini per rilascimento seguito da spasmo dell'innervazione muscolare, siano da considerarsi come fenomeni accessuali di una neurosi epilettica.

Lo stesso vale per quegli accessi singolari di sonno (1) verificati da Westphal *(Arch. f. Psych.,* IV, H. 3) e da Fischer *(id.,* VIII, H. 1) sui sospetti di epilessia; poi per gli accessi di neuralgia (per lo più intercostale) osservati negli epilettici, i quali decorrono con turbamento della coscienza e con fenomeni concomitanti all' accesso convulsivo classico; poi per quei frequenti deliqui con rapida perdita e rapida riapparizione della coscienza, finalmente per certi casi di paure notturne, di sonnambulismo in persone che più tardi offriranno poi accessi epilettici.

Con tale ampliamento del quadro epilettico, suggerito dell'esperienza clinica, la quale è tuttavia ancor molto incompleta, la delimitazione dei contrassegni caratteristici dell'accesso epilettico diviene sempre più difficile, ma la loro conoscenza è indispensabile, se non si vuol scemare il concetto clinico dell' epilessia stessa.

(1) Cfr. SIEMENS, *Archiv. f. Psych.* IX, 1.

L'insulto epilettico costituisce indubitatamente uno special modo di reazione di un cervello morbosamente alterato, per mezzo di un complesso morboso che non può essere esaurito con un unico sintoma.

Riguardo alla diffusione regionale del processo cerebrale che serve di base all'insulto epilettico, ciò varia in gran parte a seconda del quadro clinico dell'epilessia. Così p. es. la vertigine dipende da un semplice spasmo vasale degli emisferi cerebrali, l'insulto epilettico classico da un'alterazione di questi fino al ponte, colla compartecipazione dei centri convulsivi situati in questo (Nothnagel).

Nello stato attuale dell'esperienza scientifica rimane stabilito che almeno le assenze e gli accessi di vertigine sono a ritenersi come fenomeni equivalenti del comune accesso epilettico e che i rimanenti fenomeni parossistici che si verificano negli epilettici o nei sospetti di epilessia, sono a denominarsi *epilettoidi*, finchè non sia stabilito il loro significato d'equivalenti dell'abituale accesso.

Nothnagel (op. cit.) riconosce come epilettoidi soltanto quegli stati in cui l'apparizione loro è, o può essere subordinata agli stessi stati fisiologici che, per maggior intensità di fenomeni (diffusione), sono in grado di produrre l'insulto epilettico. Finalmente, secondo l'opinione di questo sperimentatore, i parossismi sono la parte essenziale del quadro morboso; i fenomeni intervallari tosto o poi scompaiono, ma gli accessi epilettoidi presto o tardi si cambiano nel vero insulto epilettico.

Queste ricerche sono ancora da estendersi, poichè da una parte gli stati fisiologici che sono di base all'accesso epilettico non sono per nulla chiari e d'altra parte i sintomi intervallari hanno un valore uguale a quello dei parossistici e gli insulti epilettici classici possono, veramente in rari casi, mancare lungo l'intero decorso di un indubitabile quadro morboso epilettico. Quali contrassegni sopra gli altri più comuni dell'insulto epilettico od epilettoide, dobbiamo annoverare:

L'apparire periodico sotto una qualsiasi delle forme ricordate, il turbamento fino all'abolizione della coscienza durante la loro

presenza, la rapidità dei sintomi, e la turbata circolazione cerebrale per spasmo vasale, consistano essi in pallore del viso o del fondo oculare od in parziali o generali disturbi motori convulsivi. Ad ogni modo, per la diagnosi dell'epilessia, non basta un unico sintoma e neppure un unico accesso.

Ma non solo coll'imperfezione delle nostre conoscenze, su ciò che vi sia di epilettico negli accessi e sulle complicazioni dei fenomeni, la pratica deve lottare, ma altresì colla difficoltà che reali ed indubitabili insulti epilettici si sottraggano all'osservazione.

Ciò vale segnatamente per gli accessi notturni e semplicemente vertiginosi. In questi casi può avvenire che nè il malato, nè i vicini abbiano sentore della grave nevrosi esistente.

Segni per lo meno sospetti di epilessia notturna sono talvolta il ripetuto orinare in letto, il cadere dal letto, le ecchimosi alla pelle del viso, le morsicature della lingua; il dolor di capo, la ottusità e la confusione delle idee, l'irritabilità, il malumore allo svegliarsi.

Di grande significato diagnostico è il fatto che l'epilettico è non solo malato ne' suoi accessi, ma durevolmente malato e neuropatico cronico. Gli accessi sono solamente i fenomeni più spiccati di uno stato morboso del sistema nervoso centrale, che si rivelano intervallarmente.

Questo stato può essere ereditario o esser chiamato in scena da insulti che colpiscono il cervello e si ha così la spiegazione del come cause futili ed accessorie, per esempio lo spavento, possano avere per seguito l'epilessia.

La patologia sperimentale è giunta a provocare artificialmente lo stato morboso necessario per la comparsa dell'accesso epilettico (alterazioni epilettiche) coll'irritazione del midollo spinale o dei nervi periferici (Brown-Sequard), colla commozione cerebrale (Westphal), coll'irritazione di certe parti della corteccia (Hitzig).

Esso si manifesta quindi sotto aspetto di un'aumentata eccitabilità funzionale del cervello, specialmente del centro vasomotorio e convulsivo.

Come espressione di una durevole alterazione cerebrale si ha negli epilettici una quantità di sintomi intervallari, i quali in parte per l'esistenza di uno stato morboso cerebrale, sopratutto poi perchè sono conformi all'esperienza, sono molto valutabili per l'esistenza dell'epilessia e dànno un rilievo diagnostico ai sintomi accessuali, che forse lascierebbero ancora dei dubbi sul loro significato diagnostico.

Come contrassegno che l'individuo è anzitutto neuropatico, per costituzione, si osservano parecchi fenomeni, come debolezza irritabile, cefalea, vertigini, intolleranza per l'alcool, tremore, convulsioni temporanee, tensione muscolare e massime crampi alle sure, disturbi motori coreiformi, fenomeni vasomotori, quali il rossore alternantesi col pallore del viso, le estremità fredde, cianotiche, il nistagmo.

Per una nevrosi presumibilmente epilettica parlano certe date proprietà del carattere (così detto carattere epilettico) che si rendon palesi osservando esattamente molti epilettici.

A questo proposito deve annoverarsi una emotività abnorme, un umore lunatico, alternantesi fra estremi di depressione psichica (morosità, umore ipocondriaco con e senza idee fisse, apatia mentale, irresolutezza, timidità fino all'ansia davanti alla menoma azione, tetraggine, angoscia) e di esaltamento, colla volontà morbosamente aumentata, ma con carattere prevalentemente violento, chiuso, fosco, bizzarro, indomito, malizioso, suscettibile, originale, ostinatissimo nelle proprie idee, che è incapace di apparire leale in nessuna circostanza, e pone i malati nella categoria dei tiranni domestici, dei misantropi, degli amici infedeli.

In molti epilettici si manifestano le traccie del bigottismo nel loro carattere (1), una religiosità patologica, un'indole pinzocchera e svenevole che a seconda che il malato è esaltato o depresso, si esterna col fanatismo religioso o colla contrizione.

(1) Già Morel (*Traité des malad. ment.* p. 701) aveva notato l' eccessiva bacchetoneria e la tendenza all' ascetismo in molti epilettici. Confermarono questo fatto Howden (*Journ. of ment. sc.* 1873 gennaio), Echeverria (*Americ. Journ. of insanity,* 1873 luglio), e Samt (*op. cit.*, p. 147).

Questo bigottismo, questa ciera da penitente sta in meraviglioso contrasto coll'irritabilità, intolleranza, brutalità e difettosità morale di questi « poveri epilettici i quali portano il libro da messa in tasca, il nome di Dio sulla lingua, e il fiore della canaglieria in corpo, » (Samt).

Accanto a queste abnormità durevoli trovansi, in parte come prodromi dell'insulto epilettico od epilettoide, in parte come fenomeni successivi del passato accesso, dei sintomi morbosi, la cui importanza diagnostica è tanto maggiore quanto più si collegano tipicamente (prima o dopo) agli accessi.

I sintomi che precedono l'accesso per minuti, per ore e per giorni hanno eminentemente il carattere dell'aura. Accanto alle sensazioni ascendenti dalle estremità o dall'epigastrio al capo, con senso di freddo e vertigini, si hanno anche, nel campo psichico e sensoriale, delle allucinazioni terrifiche visive ed acustiche, talvolta anche olfattive, poi delle sensazioni subiettive, abnormi, come rumori nelle orecchie, fotopsie o cromatopsie, massime di fiamme rosse (1); ansia precordiale con impulsi errabondi, depressione psichica, aumento della abituale emotività, disturbi formali della ideazione (confusione, difficoltato corso del pensiero, idee fisse) obnubilamenti, come per ebbrezza della coscienza. Talvolta si manifesta anche una serenità maniaca con decorso accelerato delle idee e con tendenze cleptomaniache.

Fra i disturbi psichici che tengono immediatamente dietro all'insulto epilettico, abbiamo la grande prostrazione con incapacità al pensare, con profonda confusione e disturbo della percezione fino agli stati di stupore, i quali possono durare da mezz'ora fino a più giorni. Oltre di ciò può esistere una grande depressione dell'animo con emotività eccessiva e con impulsi a guisa di raptus, che possono essere avvalorati da visioni terrifiche ed appercezioni ostili e possono condurre al suicidio, all'omicidio, all'incendio.

(1) In una malata di mia osservazione l'aura sensoriale consisteva ogni volta nella visione di un uomo con barba e mantello rossi. Poi cominciava a sentirsi male; il fantasma le stava adosso, indi le veniva il vomito e perdeva i sensi

Si possono avere impulsi cleptomaniaci, come fenomeni parziali di uno stato di esaltamento in forma di mania. Questo stato postepilettico che si manifesta con disturbo della coscienza, stupore e dolore psichico, passa per regola assai presto, per far luogo allo stato primitivo di mente lucida.

Tuttavia quando lo stato epilettico è frequente assai, avviene che negli intervalli fra gli accessi si abbia uno stato speciale analogo a quello dei sonnamboli, uno stato crepuscolare, nel quale il malato è apparentemente in sè, parla coerentemente, agisce in modo ordinato, accudisce persino a' suoi affari, comunque non sia in sè, vale a dire non sia in possesso della sua autocoscienza, e non sappia di poi nulla di ciò che ha fatto in tale stato.

Questo particolare stato epilettico, semicosciente o crepuscolare, può durare persino parecchie ore.

L'epilessia non decorre soltanto con disturbi psichici elementari, ma conduce abbastanza spesso ad un profondo e duraturo scadimento delle funzioni mentali, sul cui fondo possono manifestarsi dei deliri acuti, raramente delle vere psicosi, in parte quali complicazioni della nevrosi, in parte quali equivalenti dell'insulto epilettico.

Questa alterazione durevole della personalità psichica si può denominare *degenerazione psichica degli epilettici.* Questo variabile complesso sintomatico ha ricevuto in antico la denominazione generalizzante di « mania epilettica », sebbene esso non abbia nulla a che fare colla mania e sotto questo nome complessivo si comprendano forme estremamente diverse, non ancora clinicamente definite, di accessi psichici acuti.

Gli stati delle psicosi epilettiche, vale a dire specifiche ed esclusive dell'epilessia, sono stati studiati soltanto nell'epoca moderna, segnatamente da Samt.

Essi hanno dei punti di contatto (forme di passaggio) con certe forme di pazzia periodica e massime con quelle che si manifestano ad accessi di breve durata.

La pazzia epilettica compendia nel suo quadro degli stati psicopatici, in parte duraturi, in parte transitori.

Si manifesta: 1° *con degenerazione psichica epilettica;* — 2° *coi disturbi transitorii psichici per lo più deliranti degli epilettici;* — 3° *cogli equivalenti psichici protratti dell'epilessia;* — 4° *colle psicosi epilettiche.*

1. Degenerazione psichica degli epilettici.

Se si esamina lo stato mentale di un grande numero di epilettici, si rivela il fatto che nel maggior numero di essi (secondo la statistica di Russel Reynold nel 62 per 0|0 de' casi) l'integrità delle funzioni psichiche è durevolmente turbata. Fra i più costanti segni di queste profonde alterazioni mentali, abbiamo:

1° Una deficenza delle funzioni intellettuali che, pei casi leggeri, consiste in una debolezza della riproduzione, della appercezione e della combinazione delle idee e che clinicamente si appalesa come smemoratezza, difficoltata formazione dei giudizi e delle idee, appercezione lacunare in una parola debolezza funzionale del meccanismo psichico. Questa debolezza psichica può abbracciare tutti i gradi della demenza fino alla completa ottusità psichica.

Talvolta questi fenomeni degenerativi colpiscono a prevalenza il lato etico dell'individuo, e si rivelano clinicamente con debolezza funzionale fino alla perdita dei sentimenti e dei giudizi etici ed estetici, che si palesa praticamente in forma di brutalità, crudeltà, condotta della vita immorale e delinquente; ed anzi le tendenze immorali e delinquenti possono apparire periodicamente e con tutta l'impronta impulsiva.

Sommer *(Arch. f. Psych.*, XI, H. 3) ha studiato esattamente questa demenza « postepilettica ». Anzitutto l'ottusione intellettuale temporanea che tien dietro agli accessi epilettici è sempre progressiva. L'appercezione diviene sempre più ottusa, ed occorre uno stimolo sempre più forte per provocare una percezione. A questi fenomeni si collega la smemoratezza sopratutto per i ricordi della gioventù. Gradatamente scompaiono le impressioni e i ricordi anche dei tempi non tanto remoti.

Per lungo tempo tuttavia il malato si accorge ancora di questa perdita e fa il possibile per nasconderla. Il malato però ha sempre ancora coscienza del suo stato doloroso, pel quale riesce di peso a sè ed agli altri; e con ciò si spiegano in parte, secondo Sommer, il suo rifugio nella religione, nella quale cerca conforto, la sua devozione, i suoi sacrifici per gli altri. Queste inclinazioni religiose ed altruistiche sono però in grande e strano contrasto con una prevalente e forte dose di egoismo e di irritabilità.

Cfr. anche Bourneville e d'Olier (*Archiv. de Neurologie*, 1882, n. 2) i quali ritengono del pari come una forma tutta a sè la demenza epilettica;

2° Un' eccessiva emotività che al menomo motivo esplode con affetti irosi, che giungono fino ai parossismi di furore;

3° Un aumento dei disturbi affettivi già prima e per loro stessi accentuati, che peggiora il carattere degli epilettici, in cui prendono il sopravvento le tristi disposizioni dell'animo, il malizioso e sprezzante giudizio del mondo esterno, che essi rivelano anche colla mimica e tradiscono alla fisonomia;

4° In questo quadro degenerativo entrano idee fisse, deliri primordiali di persecuzione, allucinazioni terrificanti, accessi d'ansia, atti impulsivi, i quali si possono considerare in parte come aura di insulti epilettici non caduti sotto l'osservazione od abortivi, in parte come disturbi psichici elementari isolati;

5° In una serie di casi ribelli ad ogni rimedio, o che esistono fino dai primi anni di vita, a tali fenomeni di decadimento psichico vanno uniti anche dei disturbi motori i quali, massime nell'epilessia originatasi nell'infanzia, hanno spesso il carattere delle paralisi gravi di natura emiplegica e si complicano volontieri a contratture e ad atrofie muscolari secondarie. In altri casi si ha il tremore, il nistagmo, l'inuguaglianza dell'innervazione facciale, si hanno i disturbi coreiformi, le glossoplegie ed i sintomi afasici. Anche i disturbi sensitivi sono frequenti nella degenerazione epilettica. Essi possono rivelarsi sotto forma di nevralgie indeterminate di diverse vie nervose o di iperestesia generale, stato nervoso, neuralgico, debolezza irritabile. Negli stadi finali della

degenerazione epilettica, assieme ai segni della decadenza psichica, si hanno anche quelli della degenerazione corporea. I tratti del viso assumono allora un'espressione stupida, il cellulare adiposo sottocutaneo diviene ipertrofico e rende la deambulazione pesante e goffa, le labbra rimangono protruse.

2. Disturbi psichici transitorii accessuali.

Sono quadri morbosi a periodi ben determinati, per lo più della durata di ore, fino a quella di alcuni giorni, che rapidamente si stabiliscono e rapidamente scompaiono. Essi possono aversi come avanguardia o più spesso come stati successivi ad insulti epilettici, che possono essere subitanei, svolgersi in periodi di ore e giorni, ma anche (di rado) esistere come accessi intervallari isolati. Si manifestano specialmente dopo ripetuti insulti epilettici, massime quando è preceduto un lungo intervallo libero da accessi. Talvolta accade che al sopragiungere di tali disturbi cessino gli insulti vertiginosi od epilettici classici, i quali saranno sostituiti da questi insulti psichici che si potranno quindi chiamare equivalenti.

Vi sono dei casi attendibili (Morel ed altri), in cui tale stato si ebbe stabile per un decennio e più. Si è convenuto di denominare tali casi col nome di epilessia larvata o psichica (1).

Poichè una simile trasformazione della nevrosi e rispettiva sostituzione dell'insulto si ha specialmente nell'epilessia semplicemente vertiginosa, così essa tende a disconoscere il quadro originale dell'epilessia. Come le forme cliniche dell'abituale insulto epilettico hanno ricevuto incremento dall'esperienza, ciò deve essere anche per gl'insulti psichici e gli equivalenti. È però a temersi con fondamento che noi non arriveremo a conoscere tutte queste forme e che molti casi di pazzia peracuta,

(1) Legrand du Saulle, *Ann. d'hyg.*, aprile 1875; Garimond, *Ann. méd. psych.*, 1878, H. 1 e 2. (Storia e critica dell'epilessia larvata. Discuss. della Società di med. legale, *Annal. d'hyg.* publ. 1877, ottobre). Weiss, *Wien. med. Wochen.*, 1876, 17, 18; *Ann. méd. psych.*, 1873, gennaio, marzo, maggio, *Des transformations épilept.;* Legrand, *Étude*, p. 84.

massime la mania transitoria, il raptus melancholicus, la pazzia periodica ad accessi brevi ecc. siano in rapporto colla nevrosi epilettica. I quadri clinici di questi stati sono straordinariamente molteplici. Essi lo divengono specialmente per ciò che non solo i più diversi equivalenti si alternano in uno stesso individuo, ma possono altresì apparire combinati in uno stesso accesso. Come nelle diversissime manifestazioni morbose dell'epilessia rimane costantemente un contrassegno, — il turbamento fino all'abolizione della coscienza, — così avviene del pari per questi insulti psichici Essi decorrono tutti sul fondo comune di un turbamento della coscienza fino all'abolizione, a cui corrisponde una memoria sommaria, difettosa o mancante.

Le forme fondamentali sotto le quali si manifestano questi accessi psichici epilettici, del resto variabilissimi, sono: a) lo *stupore*, b) gli *stati crepuscolari*.

Su questo fondo possono rinvenirsi atti impulsivi, deliri, allucinazioni, stati d'ansia ed altri disturbi elementari come complicazioni.

Il turbamento della coscienza dà alle azioni e ai deliri dei malati un'impronta assai caratteristica di incoerenza, confusione, sonnambulismo.

Fra i più importanti insulti transitori psichico-epilettici, che si presentano in forma di disturbi semplici della coscienza o complicati a sintomi psicopatici elementari svariati, dobbiamo ora annoverare:

A) *Stupore.*

Trovasi di rado come fenomeno isolato, per lo più alla fine dell'accesso. Può durare da una mezz'ora fino a giorni. Di rado esiste puramente di per sè, per lo più trovansi complicati ad esso dei deliri terrifici e dei disturbi sensoriali; talvolta, invece di questi, si hanno anche dei deliri religiosi a contenuto espansivo, caratterizzati da incoerenza ed assurdità sonnamboliche. Samt ha osservato altresì la verbigerazione unita alla confusione profondamente sonnambolica. Ma per lo più si ha invece il

mutismo. Secondo lo stesso autore questo stupore epilettico differisce dagli altri modi di stupore per la difficoltata appercezione, l'intenso disturbo della coscienza, la confusione, il rapido e violento esordio.

Osservazione XLIII.

Stupore epilettico.

Gauster, 34 anni, celibe, giornaliero, originariamente imbecille, epilettico fin dall'infanzia. Il 6 agosto 1873 lasciò la sua patria per cercare occupazione in città « poichè Dio glielo aveva ordinato ». Trovavasi in uno stato di delirio epilettico, parlava confusamente di diavolo, di Dio, di privazioni, di vessazioni, era profondamente turbato nella coscienza, ansioso, stuporoso per delle ore, rimaneva cogli occhi sbarrati. Il 12 agosto rinvenne in sè, si ricordò di aver avuto la testa molto confusa, di aver avuto apparizioni di fuoco, e di aver obbedito ad un benigno messaggio del cielo.

Nel manicomio ebbe ogni due giorni accessi epilettici, in parte classici, in parte consistenti in semplici convulsioni toniche con coscienza spenta.

Venivano senza aura, duravano parecchi minuti e davano luogo ad uno stato crepuscolare di parecchie ore. Si fecero più rari col bromuro di potassio e scomparvero del tutto col tempo.

Poi apparvero fin dal 1874, ogni 3 o 4 mesi, degli stati caratteristici di stupore con sguardo atterrito ed occhio fisso, pupille dilatate e tarde a reagire, bulbi anestetici; rimaneva muto, senza reazione, con contrazioni al viso. La pelle e le mucose durante gli 8 giorni dell'accesso sono pallide, le arterie fortemente contratte. Il paziente rimane catalettico, nella posizione impostagli, tuttavia senza flessibilità cerea. Non dorme, bisogna alimentarlo. Evacua sotto di sè. Gli stimoli cutanei sensoriali non provocano alcuna reazione. Dopo 8 giorni ritornò in sè e nulla sapeva dell'accaduto. Nel 1877 riapparvero periodicamente degli accessi vertiginosi.

Il 13, 1, 77, durante il decorso di un accesso di stupore si manifestò uno stato d'eccitamento psicomotorio per più ore, nel quale il malato ballava incosciente, girava attorno a sè agitandosi per tutta la persona, verbigerava e parlava senza fine un idioma, in tono di predica, nuovo ed inintelliggibile, contenente soltanto frammenti di parole tedesche.

Il 24, 5, 77 morì di tisi polmonare.

B) *Stati crepuscolari o semicoscienti (Dämmerzustände).*

Questi stati si osservano alla fine degli accessi, negli intervalli loro, come pure sotto forma di disturbi psichici isolati della durata di ore fino a giorni.

Apportano un cambiamento d'intensità nella continuità dei fenomeni. Di rado appaiono in forma netta, per lo più complicati ad altri disturbi elementari.

Specialmente importanti per la clinica e la medicina legale sono a ricordarsi i seguenti stati morbosi:

a) Stato crepuscolare con ansia (*petit mal* — Falret), vale a dire uno stato di depressione psichica semicosciente ma grave, il quale è risentito con profondo dolore psichico e persino come allegorizzazione demonomaniaca e si collega ad ansia, confusione delle idee ed a riproduzione forzosa delle idee, che per lo più si aggirano entro un circolo doloroso, o per lo meno ansioso.

Sotto l'influenza di questa oppressione ansiosa il malato erra vagabondo ed atterrito. Egli appercepisce ciò che lo circonda ostilmente, e ne rimane perciò eccitato. Assai spesso deviene ad azioni totalmente impulsive e distruttive contro la propria persona, motivate da ansia o da idee fisse od anche contro i vicini per le stesse ragioni o per appercezione ostile. Una violenza brutale ed un alto grado di irriflessione segnalano i suoi atti distruttivi. Corrispondentemente alla profonda confusione mentale e al turbamento della coscienza, si ha un ricordo soltanto sommario od in ogni modo turbato per tutto quanto riguarda l'accesso.

Questo disturbo trovasi più raramente come postepilettico, un po' più di frequente è isolato, e secondo le osservazioni di Falret è più frequente nella forma vertiginosa che nella convulsiva della epilessia.

Osservazione XLIV.

Stato crepuscolare epilettico con ansia (petit mal).

Schmid, commesso, 29 anni, deriva da madre nevropatica e convulsionaria e soffre di convulsioni fin dall'età di 5 anni. Da questa età fino ai 9 anni si osservarono stati di sonnambulismo. In seguito il malato si mostrò sempre assai nervoso, irritabile, facile a pigliar paure. Dal 16° anno soffre accessi di cefalea violenta, mal umore abituale, indole violenta, grande emotività. A 18 anni si ebbe un tentativo di suicidio non motivato, per mezzo del carbone. Fino ai 25 anni ebbe frequenti accessi di ansia non motivata e di oppressione, durante i quali andava errando e mostravasi notevolmente turbato nella coscienza. Questi accessi *(petit mal)* duravano alcune ore. Più volte all'anno il paziente soffriva anche di accessi di vertigine con offuscamento nel campo visivo e turbamento della coscienza (vertigine). Il paziente divenne uomo d'affari e si unì nel 1875 in società con un altro. L'affare andò a male, il socio era sleale. Fin dal principio d'aprile 1876 si notò sonno cattivo, cefalea, sogni terrifici, oppressione, agripnia, umore tetro fino al *tædium vitæ*.

Nella notte del 5-6, 5, 76 egli sognò che il suo infedele socio stava sopra di lui e lo minacciava. Si svegliò, era in uno stato di completa incoscienza e tentò con un'arma di uccidere il suo compagno di sonno che egli, nella sua confusione scambiava col detto socio. Dopo il suo tentativo senza successo ritornò in sè e riconobbe in quale pericolo egli si era trovato, di uccidere un uomo pienamente innocente. Il 6 trovavasi libero, con un po' di mal umore e andò a passeggiare nel parco della città per distrarsi.

Improvvisamente fu preso da un senso di vertigine, di offuscamento alla vista, da ansia indicibile. Gli pareva che la gente che si affollava intorno a lui lo perseguitasse. Preso da grande ansia correva qua e là senza saper dove. In questo stato vedeva i vicini assumere posizioni impossibili. Quanto tempo andasse errando egli non sa determinare. Finalmente cadde senza fiato nelle mani di un poliziotto ivi accorso. Portato tosto all'ospedale si mostrò turbato, ansioso, colla coscienza profondamente alterata. Di sera si fece lucido e libero dall'ansia.

Cranio grande (circ. 58). Nel lato sinistro dell'apice della lingua esiste una cicatrice. Il paziente narrò di avere sofferto veri insulti epilettici. Poichè l'osservazione non diede nulla di notevole a rilevare tranne una certa ottusità psichica, fu dato esito alla richiesta fatta dal malato per essere dimesso.

b) Uno sviluppo ulteriore del quadro già abbozzato, caratterizzato da profondo disturbo della coscienza e dal complicantesi delirio con allucinazioni, costituisce il così detto *grand mal* (Falret), vale a dire un delirio a brusco esordio, furibondo, allucinatorio-persecutorio.

Il contenuto terrificante delle idee deliranti e dei deliri sensoriali, che si manifestano prevalentemente con visioni soprannaturali, come spettri, pericolo di morte; la confusione ed il turbamento della coscienza dànno a questo delirio epilettico una speciale impronta che è variata dai non radi episodi di stupore, talvolta anche da deliri primordiali religiosi. Come reazione a questo contenuto terrifico-ansioso della coscienza profondamente turbata si hanno violenti esplosioni psicomotorie in forma di resistenza cieca contro i supposti spettri e contro i vicini ostilmente appercepiti; stati furibondi di eccitamento, nei quali l'infrenabile malato nella sua ansia e disperazione mortale si scortica, si morde, si lorda con saliva e si rende in altissimo grado pericoloso ai vicini, come si può apprendere dagli annali di medicina legale.

Come rara varietà di questo delirio terrifico-allucinatorio io ho osservato il delirio ipocondriaco.

La cessazione di questo stato di *grand mal* è rapida, almeno per ciò che concerne il delirio, tuttavia uno stato di disordine crepuscolare può durare ancora per delle ore, fino un giorno dopo che è cessato il delirio, oppure il quadro morboso passa alla lucidità attraverso a uno stato stuporoso.

La durata complessiva dell'accesso comprende alcune ore, fino a un giorno. Il ricordo del malato, come di chi si sveglia da un sogno penoso, è molto sommario. Per lo più esiste un difetto della memoria per l'intera durata dell'accesso.

Questi deliri trovansi prevalentemente nell'epilessia convulsiva e per lo più come avanguardia ed anche in fine di un insulto classico, massime di accessi in serie.

Osservazione XLV.

Stato crepuscolare delirante epilettico (grand mal).

Morbitz, 25 anni, figlio di un impiegato, fu ricevuto nella clinica il 9, 7, 76. Il padre era estremamente eccitabile, violento. All'età di 6 settimane il paziente soffrì un eczema universale che durò fino ai 14 anni, e si ripetè di poi accessualmente. A 14 anni si stabilirono temporaneamente dei tremori alle estremità posteriori, con vertigine ed offuscamento della coscienza. Dopo alcuni mesi, in seguito al colèra, si ebbe un accesso epilettico genuino. Gl'insulti si ripeterono di poi ad intervalli di giorni e persino di una settimana. Il paziente si fece eccitabile, rimase un po' depresso mentalmente

Fin dal 1875 si manifestarono deliri furibondi postepilettici all'incirca ogni 3 mesi. Dopo ripetuti accessi si ebbe, il 9, 7, 76 uno stato crepuscolare, durante il quale il malato era insonne, profondamente confuso, mentalmente e mimicamente sconvolto. Il giorno 11 di notte si ebbe uno spaventevole delirio furioso. Il paziente divenne molto ansioso, correva dovunque, percuoteva, s'infuriava, inveiva contro di sè. In seguito si trovò con suo grande stupore in una cella d'isolamento. Era ancora in un leggiero stato crepuscolare, sapeva soltanto riferire che era stato minacciato dagli assassini, di aver udito spaventevoli detonazioni e cannonate, e di aver visto tutto a fuoco e a fiamme. Ai 15 di sera apparve un nuovo delirio che durò fino al 21. Il malato presentò lo stesso quadro come dall' 11 al 12. Infuriava, chiamava soccorso. Capo congesto. Pulsazioni 120-140. Fino al 23 esistette lo stato crepuscolare. Il malato fu curato col bromuro di potassio (6-12 gr. al giorno). Gli accessi epilettici divennero più rari, ancor più rari gli stati postepilettici (una volta all'anno) con delirio congruente. Il carattere epilettico (irritabilità, morosità) e l'indebolimento mentale si fissarono permanentemente. Di quando in quando il malato diviene ad un tratto aggressivo contro i vicini, in base ad illusioni; talvolta appaiono dei leggeri stati crepuscolari con allucinazioni spaventevoli (voci che partecipano la morte dei genitori), le quali forse possono considerarsi come stato abortivo di un delirio.

Osservazione XLVI.

Stato postepilettico, delirio terrifico, con episodi religiosi espansivi.

Hollerer, 25 anni, figlio di contadini, ammesso li 14, 2, 75, ha una sorella epilettica, va soggetto a convulsioni violente, solo a 3 anni cominciò a parlare ed è imbecille.

Nel 1868, senza causa apprezzabile, apparve l'epilessia. Gli accessi dapprima si verificavano a due o tre al giorno, più tardi soltanto ogni 14 giorni, ma gravi e molto lunghi. Grande emotività, decadenza mentale progressiva. Fin dal 10° anno circa si notarono, dopo ripetuti accessi, degli stati di delirio terrifico, che erano molto tipici, ed apparivano alcune ore dopo l'insulto epilettico, lasciavano una profonda confusione mentale e duravano persino 8 giorni. Vede il padre colla frusta nelle mani in attitudine minacciosa contro di lui; apprezzamenti ostili di quanto lo circonda hanno giuoco nel suo delirio. Durante questo esiste gran disordine e un profondo disturbo della coscienza: « Sia il benvenuto nostro Signore. Mi porti di nuovo in cielo ». Dà in ismanie, in furore, s'accapiglia cogli infermieri, non indossa alcun abito, lacera tutto, si arrotola e rovista nella paglia. Episodicamente, per lo più verso la fine del parossismo, canta, giubila, si fa abiti di paglia, e con questa ancora una specie d'altare, balla intorno a questo, si reputa in cielo. Lo stato crepuscolare dura ore e persino un giorno dopo il delirio. Offre un'assoluta amnesia di quanto accade in questo periodo. Il malato soffre di strabismo convergente fin dalla gioventù, la pupilla sinistra è più ampia della destra.

Non si prestò mai ad una regolare cura bromica. Dopo breve degenza nello spedale, entrò in uno stato epilettico che fu seguito da morte.

All'autopsia, oltre una grande iperemia da stasi delle meningi e del cervello, si trova un vecchio focolaio d'encefalite, lungo e largo 3 centim., profondo 5 millim., aderente alla dura madre, alla punta del lobo frontale sinistro.

c) *Stati crepuscolari (semicoscienti), con delirio religioso* (1).

L'analisi clinica di questi deliri, non rari negli epilettici, è dovuta ai tempi più recenti. Si possono considerare come equivalenti degli accessi e decorrono come questi parossisticamente. Si aggirano intorno a visioni di Dio e di cose celesti (Gottnomenclatur, Samt). I malati si ritengono Dio, Cristo, profeti, si credono in cielo, quando eventuali anestesie muscolari pos-

(1) Toselli, sulla religiosità degli epilettici, *Arch. Ital. delle malattie nervose*, 1879, marzo, p. 98; Skae, *Journ. of mental science*, 1874, ha fatto notare che le visioni epilettiche di Anna Lee diedero luogo alla setta di Shaker, i deliri di Swedenborg alle sette in Svezia e in Inghilterra, le allucinazioni di Maometto all'islamismo.

sono favorire il delirio di una fuga in cielo. I malati, durante il loro delirio, sono in rapporto allucinatorio con Dio. Fanno profezie, trasmettono ordini a tutti, per esempio, ai loro parenti che talvolta portano in cielo con essi. Ma per lo più chi li contorna sono giudei, peccatori, che vengono poi pericolosamente minacciati. In mezzo ai loro quadri di beatitudine la scena può cambiarsi; il malato vedrà l'inferno, il giudizio divino davanti a sè, si reputerà anche uno scellerato peccatore e vorrà fare penitenza, ma da tali episodi sortirà sempre come persona redenta a Dio.

Questi deliri religiosi portano sempre le traccie del prodigioso e dello straordinario. Il turbamento della coscienza non è per lo più tanto profondo, ed i malati hanno per lo meno un ricordo sommario del loro delirio; tuttavia vi sono anche dei casi in cui vi è completa mancanza della memoria.

Episodicamente può un tale stato arrivare sino all'estasi. Si osservano anche degli stati stuporosi intercorrenti. Il delirio dà luogo alla lucidità attraverso a uno stato stuporoso e crepuscolare.

Osservazione XLVII.

Delirio epilettico religioso espansivo.

Tscherny, 50 anni, giornaliero, soffrì nella prima infanzia di convulsioni, dalle quali si sviluppò poi l'epilessia. Gli accessi decorsero da principio uno ogni 15 giorni, più tardi ogni due giorni, coll'impronta dell'accesso epilettico classico.

Negli ultimi anni si presentarono dei deliri religiosi, durante uno dei quali il malato fu condotto al manicomio li 4, 8, 73 L'osservazione di 6 anni lasciò conoscere degli accessi di epilessia genuina, alternantisi a periodi di giorni, caratterizzati da grande emotività e seguiti da istupidimento e disordine, della durata di più ore Il bromuro di potassio ebbe un esito dubbio. Non esistono anomalie craniche o disturbi vegetativi rilevanti. È evidente un grado mediocre di imbecillità. Il paziente è il prototipo del carattere epilettico, cupo, irritabilissimo, bigotto, seccante, ha continuamente Dio in bocca, il libro delle preghiere in tasca, accusa il mondo di

eresia, atteggia gli occhi in modo speciale quando si parla di qualcosa di divino, fa la predica sull'amor di Dio e sul bene, ma quando un altro malato lo interrompe, reagisce in modo brutale. Sta volontieri segregato dagli altri, non lavora, vive in Dio, considera la sua relegazione in manicomio come un martirio, del quale sarà rimunerato da Dio. 3 o 4 volte all'anno, ora prima, ora dopo ripetuti accessi e raramente senza di questi, cade in uno stato di forte irritablità ed agitazione, per lo più dopo una stizza. Inveisce contro gli eretici suoi vicini, la sua coscienza si turba, ravvisa in quelli dei diavoli, crede minacciata la fede, vuol essere campione di questa, abbattere i nemici di Dio, s'infuria, s'esalta, desidera di essere crocifisso per la vera fede. Nell'acme del parossismo va in estasi, giubila, canta, vede Iddio in persona, si batte il petto, dice di essere il vero Cristo, il campione di Dio, profeta e martire, pronto a morire in croce pel trionfo della santa causa. E periodicamente s'infuria contro gli eretici vicini, nei quali ravvisa diavoli, peccatori, gente perduta.

La coscienza in questi periodi è notevolmente turbata, ma tuttavia ancora accessibile alle impressioni del mondo esterno. Così pure non esiste riguardo a quelli alcun difetto della memoria. Il malato ricorda le sue visioni divine e non le sa correggere.

Gli accessi sono tipici, congruenti, ora durano un giorno, ora 5 o 6. Uno stato di semicoscienza e di grande irritabilità segna il passaggio al periodo intervallare.

D) *Stati semicoscienti speciali, con predominio delle idee dei sogni e dei romanzi, per lo più a contenuto espansivo.*

Questi stati si manifestano per certe modificazioni che subisce la coscienza, ora come semplici idee fisse, ora come deliri. Il malato apparentemente in sè, apparentemente cosciente negli atti e nelle parole, si trova tuttavia in uno stato di semicoscienza ipnagogica, analoga a quella di un sonnambulo. Agisce conformemente alle sue idee attinte da sogni o da romanzi, deve compiere un'impresa delirante, una grande missione ed è sempre in conflitto considerevole coi suoi attuali interessi. Così vengono in scena le azioni pazze, il vagabondaggio, la diserzione, i ghiribizzi, i furti pei quali il malato

non possiede che un ricordo sommario ed anzi talvolta nessun ricordo (1).

La durata di questi stati è variabile fra delle ore e un mese. Sembra che vengano solo in quegli individui che di rado o meglio mai soffrirono accessi classici di epilessia, ma invece vertigini o accessi d'ansia.

Osservazione XLVIII.

Stati di sogno epilettico.

Holl, 22 anni, litografo, sua madre soffre di emicrania, una sorella è epilettica, un fratello ha la faccia progenia. Il malato da bimbo era debole, soffrì di convulsioni, si sviluppò tardi, imparava poco. A 13 anni riportò un trauma al capo con perdita della coscienza. Fin dalla fanciullezza ebbe tendenze romantiche e fantastiche. Lesse con predilezione i romanzi, le storie dei cavalieri, spesso stentava a distinguere la realtà dai ricordi delle sue letture. Rivedeva spesso ad un tratto durante il lavoro una scena dei romanzi che aveva letto o visto al teatro, si faceva però distratto ed era disadatto al lavoro. Divenuto pubere si diede all'onanismo, che egli coltivò fin in questi ultimi tempi. Essendo eccitabile e rabbioso, inveì nel 1869 contro un cane che gli diede un morso in una gamba. Dopo questo accidente rimase per molto tempo nervoso ed inquieto, nè poteva più sentire il vino; se beveva solo due bicchieri di vino era preso da ansia violenta, convulsioni toniche alle estremità, rumore al capo, affanno di respiro. Da circa 3 anni apparvero a periodi irregolari con molti mesi d'intervallo degli accessi di vertigine con perdita della coscienza per un minuto, dopo i quali tornava in sè con forti scosse convulsive. Un senso di freddo aurale, il quale velocissimo montava dai piedi al capo, li precedeva. Da 3 anni apparvero inoltre con intervalli irregolari di mesi, degli stati che il paziente chiama di *privazione dei sensi (besinnungslose)*. Durante questi non può pensare, è estremamente confuso e di quanto accade in questo periodo non conserva che un ricordo sommario. Precedono questo stato visioni di cose ostili e minacciose, cattivi odori come di solfo, rumori ottusi nelle orecchie. In questi ultimi anni inoltre il malato cadeva di tanto in tanto

(1) Legrand du Saulle riporta come *fait sans précédent dans la science*, (*Étude méd. légale*, p. 110), il caso di un uomo d'affari, il quale da tempo faceva dei viaggi senza coscienza e senza scopo, ed un bel giorno, invece che a Parigi dove viveva, si trovò con sua sorpresa in un bastimento nella rada di Bombay.

in preda a speciali disturbi della coscienza, durante i quali egli agiva in parte secondo le sue idee romanzesche, in parte impulsivamente senza il menomo motivo; dei quali atti egli s'accorgeva soltanto in mezzo allo sfogo delle sue stizze. Così talvolta, spinto da una forza irresistibile, trovavasi a passeggiare di notte per le strade, errando senza scopo. Una volta, mentre attendeva ad eseguire una commissione, gli venne l'idea senza scopo di andare a Leoben. Vi si condusse e si svegliò la mattina seguente a L..... con suo grande stupore. Viaggi di tal genere aveva già fatto a Marburg, Fürstenfeld ecc.

Fece una grande impressione al malato la guerra franco-tedesca. Esultava leggendo nei giornali le vittorie tedesche e spesso si inebbriava all'idea di esserne egli stesso un campione, di essere soldato e di dover poi divenire imperatore. Spesso gli giravano pel capo i pensieri di divenire principe, di avere un regno da governare, battaglie da combattere, di dover impalmare una bella sposa.

Negli ultimi 2 anni avvenne che egli una o due volte all'anno, e per la durata di 5 a 6 settimane, essendo in preda al suo stato di fantasticheria da lui stesso ritenuto illusorio, entrò in uno stato speciale di coscienza crepuscolare, in base al quale ritenne per vero e reale ciò che fin ora aveva riconosciuto come un giuoco della fantasia. Egli si riteneva allora per un re, un maresciallo di campo e dirigeva battaglie. Tutto all'improvviso arrivava la coscienza dell'insensatezza de' suoi progetti e capiva di aver sognato. Il ricordo di questo mondo di sogni era completamente sommario. Nell'autunno 1874 ebbe un male ad entrambi gli occhi con dolori alla fronte ed alle orbite, che andò sempre crescendo fino a renderlo incapace al lavoro e a farlo entrare nello spedale nel gennaio 75. Quest'ammissione lo disgustò, la vista dei malati lo faceva tremare per tutto il corpo, e nella notte era assalito da immagini spaventose. Il 18 marzo 75, di sera, il malato fino allora sano di mente, cominciò improvvisamente a gridare: « io sono il re Stuart; mi si dia una spada e il cadavere di mia madre ». Delirava, s'agitava; fu fatta una iniezione di 0,04 di morfina; divenne calmo ed entrò in uno stato di semicoscienza il giorno 19. Egli ricordava solo che la sera del 18 fu assalito in letto da ombre spaventevoli, udì voci terribili e minacciose e fu preso da vertigini. Nei giorni seguenti il malato era completamente lucido, ma lievemente stuporoso e si lagnava di male al capo. Il 29 marzo divenne ad un tratto ansioso, pallido, come preso da vertigini, si precipitava convulsivamente verso le finestre per respirare rumorosamente l'aria fresca; rimase così senza coscienza per dieci minuti, senza alcuna convulsione. Da quest'epoca fino al maggio vennero quasi ogni giorno degli accessi di delirio, il quale era sempre stereotipato. Abi-

tualmente cominciavano con arringhe ed esercitazioni guerresche. Il malato chiedeva la sua spada, si proclamava generale in capo alla testa dei suoi fidi e marciava contro il nemico Egli li conduceva alla vittoria, poi innalzava il *Tedeum*, l'inno di guerra, suonava la tromba, cantava. Poi veniva un banchetto trionfale con brindisi, proclami, distribuzione delle decorazioni, discorsi all'esercito, commemorazioni dei caduti ecc., che finivano poi nelle braccia della sposa e finalmente col sonno.

Le pupille, sempre del resto mediocremente larghe, durante l'accesso sono dilatatissime, la testa e le estremità sono fredde, il polso da 60 va a 100, è molto piccolo e celere. Le impressioni dolorose e le tattili non sono appercepite, i fenomeni morbosi non sono apprezzati. Il nitrito d'amile produce una reazione pronta, non ha tuttavia influenza alcuna sul decorso dell'accesso. Invece le iniezioni di morfina, fatte fin dal principio del male a 0,01, 0,02, agiscono troncando l'accesso. Gli accessi i quali durano persino alcune ore, appaiono improvvisamente ed irregolarmente. I prodromi sono un gran fracasso alle orecchie, movimenti rapidi, massime relativi alle sue idee romantiche, le quali anzi aumentano fino ad acquistare l'intensità delle allucinazioni ed a portarlo nel mondo dei sogni in un campo di battaglia. Il paziente evita di parlare delle sue *idee* perchè, fuori dell'accesso, è cosciente della loro morbosità. Per ciò che concerne il delirio durante l'accesso, talvolta non esiste alcun ricordo, per lo più invece questo è completamente sommario. Il paziente dopo l'accesso è leggermente stuporoso, la sua coscienza è un po' turbata, egli è un po' irritabile, si lagna di vertigini, cefalea, peso al capo. Se l'accesso prossimo segue dopo delle ore, allora la coscienza nell'intervallo non è mai completa.

Ma pel resto, nel tempo intervallare il malato è lucido, ma tendente a sognare le solite cose sue, irritabile, perseguitato da sogni ansiosi nella notte. Si lagna spesso di male al capo e perchè non si può emancipare dal mondo delle sue fantasie. Dal 24 marzo furono dati 6 gr. al giorno di bromuro di potassio, che si aumentarono fino a 14. Non si potè constatare un gran buon successo. Alla fine di maggio gli accessi deliranti si fecero più radi. Il 6 giugno, dopo uno di questi, e mentre egli sembrava completamente lucido, improvvisamente fu assalito da un grande dolore psichico e cominciò a gridare e a minacciare tutti. La coscienza era profondamente turbata, la ciera contratta. Rapidamente l'un dietro all'altro si succedettero due tentativi di suicidio. L'11 giugno questo stato acuto di depressione era del tutto cessato. Il malato non aveva nulla in mente di ciò che era accaduto. Fino al 12 luglio il paziente rimase libero da' suoi accessi e persino esente dal mal di capo e dalla sua tendenza sognereccia, e perfettamente lucido.

Nel giorno indicato apparvero delle sensazioni nevralgiche nella regione temporale sinistra, cui si collegarono tosto delle allucinazioni terrifiche (vista di morti, aggressione di assassini, schiacciamenti con macchine). Tali sensazioni ebbero il significato di un'aura dell'accesso, nella quale il malato scambiò il medico con un duca, sè stesso riteneva per un principe, e comandava di nuovo il suo esercito.

Questo delirio fu a quando a quando interrotto da movimenti convulsivi delle braccia e laterali del capo Dopo mezz'ora quest'accesso abortivo era finito. Il malato non ne era cosciente.

Così si chiuse per questa volta il ciclo dell'accesso Il paziente fu in seguito lucido e dichiarò di essersi liberato dai mali di capo e dalle sue idee romantiche. E fino alla metà di novembre non si operò in lui nulla di straordinario. Il 15 novembre si ebbe mal di capo e disturbo nel sonno. La sera del 17 si credeva in teatro, si vedeva sul palco, fra le scene, proclamato re ed a cavallo. Un rumore fatto vicino a lui lo fece cader da cavallo, e lo rimise di nuovo nel mondo reale.

Nella notte dal 17 al 18 guerreggiò colle pareti della sua camera, rimase in seguito incosciente per mezz'ora e poi dormì. Amnesia completa per ciò che era accaduto. Il 18 novembre, dopo mezzogiorno, stato sonnambolico di tre ore con delirio di teatro, re, ecc., del tutto analogo per contenuto a quello del 17. Egli conserva di questo accesso soltanto un ricordo sommario, sa dire che è cominciato con sibili nelle orecchie e cefalea, che poi si credeva in Spagna, a Parigi ecc.

Il 23 novembre, dopo mezzogiorno, si mise improvvisamente a guardare fisso davanti a sè. Il viso aveva una rigidità da maschera, le gote erano iniettate in roseo. L'iperemia si diffuse alla nuca e alle spalle fino all'altezza dell'ottava vertebra dorsale. L'irritazione meccanica della pelle nelle indicate regioni induceva un rossore vivacissimo, il quale scompariva solo dopo molto tempo. Alle estremità non si osservava iperemia. Pulsazione 90, polso pieno, trattabile. Rimase privo di coscienza e cominciò molto patetico a perorare:

« Caterina di Scozia, mia sposa. Noi miriamo al giorno del nostro matrimonio quando anche dovessimo rinunciare a tutte le altre felicità. Ecco, ci accostiamo al gran giorno; le trombe strepitano, i cannoni tuonano. Popolo, non cedere, qui vi è il tuo re, Carlo di Borbone, che ti sta al fianco. Là sul monte, si mettano i cannoni; o popolo tutti devono intuonare il *Tedeum* e guardare il cielo prima di incontrare il nemico. Amato popolo, sii felice accanto al tuo re. Caterina anche tu impugna la spada, e sostieni i diritti del tuo popolo. I cannoni tuonano, il re bandito di Castiglia, Don Carlos, deve rendersi vivo o morto, prendetelo (minaccia con una sedia chi lo circonda). Evviva Caterina, viva per noi. Ha essa preso

l'assassino? Il mio popolo non deve sottrarsi all'impresa. Come combatte!! Dio lo protegga. Io non sono ancor ferito. Caterina, il tuo coraggio merita una corona d'alloro ».

A questo delirio tenne dietro uno stato stuporoso. Nella notte 23-24 dormì bene. La mattina del 24 la coscienza era ancora crepuscolare. Amnesia per l'accesso. Puls. 72. Arterie di nuovo contratte.

Fino al 18 gennaio 1876 stette sempre bene, tranne che sofferse periodicamente di cefalea e di epistassi.

Il 18 grande rigidità e fissazione dello sguardo verso l'alto. Portato in letto lascia notare uno stato crepuscolare di 1 a 5 ore. Nessun delirio, tranne questa espressione insensata: « il mio corpo cammina verso Milano ».

La sera del 19 cadde improvvisamente a terra, perdendo la coscienza e rimase 3|4 d'ora senza movimento, cogli occhi sbarrati, diretti in alto e gli arti rilasciati. Polso piccolo, arterie contratte. Tosto insorse il delirio della sconfitta dei nemici, del matrimonio, ecc., che durò un'ora circa. Apparve pure il rossore al viso, alla nuca, alle orecchie, al petto, al dorso fino all'altezza della settima vertebra toracica. Polso pieno, 88 puls. La fronte è madida di sudore. Al delirio tenne dietro uno stato crepuscolare con ansia e visioni di fantasmi spaventosi, poi un sonno di parecchie ore. Il malato ricorda soltanto che in principio dell'accesso vide delle figure minacciose che volevano il suo cadavere. Egli si difese e diceva di non voler morire. Quelle gli furono addosso facendo un gran fracasso ed impegnarono con lui una lotta. Ciò che avvenisse in seguito egli non sa. Dal 20 gennaio fino al 18 marzo fu libero dagli accessi ed ebbe solo qualche po' di cefalea.

Il malato è di media statura, di forte costituzione, ben nutrito. Cranio capace, occhi incavati nelle orbite, naso deviato verso destra, palato limbico alla regione mediana e conformato a chiglia.

L'occhio sinistro è strabico verso sinistra. Agli arti inferiori trovansi di frequente dei tremori fibrillari. Si nota un processo di atrofia nella coroide foggiato a corona, intorno alle pupille, in sedi omologhe in entrambi gli occhi ed avente la stessa diffusione. Il rimanente fondo oculare, specialmente la macula lutea è intatto. Spesso si nota nistagmo. Poichè gli accessi non si ripeterono più, fu dimesso nel luglio 76.

In seguito fu irritabile, nervoso, di quando in quando semicosciente con accessi di nevralgia temporale; accidentalmente ebbe per due giorni paralisi della lingua e relativo disturbo del linguaggio. Ai primi di settembre riapparvero le idee romantiche espansive. Gli venne in capo di essere uno scrittore o un inventore, di dover andare a Vienna a ricevere il premio delle sue scoperte. Per la strada vedeva la gente in abito da festa. Tutte le feste e le solennità in cui egli s'imbatteva attribuiva fatte a sè stesso.

Girava dovunque sbadato, sentiva gridare *evviva* dietro a sè. Spesso però provava un senso di ansia con idee spaventose.

Ai primi d'ottobre il padre lo mandò per affari con 40 fiorini in un paese vicino. Lungo via fu invaso da idee di politica; si mise in capo di essere chiamato a parte della guerra serbo-turca, di dover assistere alla conferenza di Berlino. Andò errando più o meno semicosciente e senza scopo, si smarrì per boschi e si diresse verso l'Ungheria. Qui alla fine di novembre ebbe un delirio episodico-terrifico, che lo assalì in un'osteria. Sotto un fiero dolore di capo divenne ansioso, si vide circondato da cadaveri, udì voci e rumori. Dopo 3 giorni nuovo stato crepuscolare e fu preso da un accesso di deliquio in mezzo alla via; raccolto da forastieri benevoli, gli fu fatta una carta e fu mandato a Graz; al suo arrivo non riconobbe la città, e si diresse senza scopo verso Obersteier. Qui ebbe una recrudescenza del suo delirio terrifico. Vide per 2 giorni tutto buio ai suoi occhi, sentì cannonate spaventose, vide bestie feroci, non capiva il linguaggio della gente, gli pareva di essere in Australia. Poi gli parve che le cannonate fossero sparate in suo onore, di essere una grande personalità e di essere il padrone del paese. Si rimise in istrada per Graz Quandò arrivò tuonavano i cannoni e suonavano le campane. Il 28 dicembre in Marburg ebbe un accesso dal quale si riebbe, conservandone un ricordo sommario, col capo confuso, la borsa vuota e grande dolore per ciò che gli era accaduto.

Il 30 dicembre fu ricevuto di nuovo nella clinica; non presentò nulla di speciale oltre il cattivo sonno, l'umore irritabile e certe sensazioni olfattive di bruciato, cosicchè la sua domanda di essere dimesso fu esaudita.

Il 6, 6, 79 nuova ammissione. Fino a tutto il dicembre 78 nulla avvenne di straordinario. Nel gennaio 79 trovavasi in uno stato crepuscolare, diretto verso l'Ungheria, ebbe un delirio episodico ed allucinatorio, spaventevole e dopo alcuni giorni si diresse verso casa.

Alcune settimane più tardi nuovo accesso pazzesco, in seguito al quale si cacciò nella neve dove voleva rimanere; se ne cavò tuttavia con perdita del suo bagaglio e tornò felicemente a casa.

Il 2, 3, 79 scomparve di nuovo da casa, e solo il 3, 6 fece ritorno da Vienna. Non sa dare alcun motivo di questo suo viaggio a Vienna, ed ha soltanto un ricordo sommario di ciò che gli accadde colà.

Egli errò senza scopo e semicosciente ed ebbe, subito dopo il suo arrivo e poi una volta alla fine d'aprile, un delirio episodico allucinatorio-terrifico, che durò più giorni. Oltre di ciò egli sa che si riteneva per un gran signore, che aveva intenzione di recarsi a Pietroburgo, e si credeva un bravo scrittore di romanzi. Nel suo delirio terrifico vide dei cadaveri

sanguinosi, sentì voci minacciose, detonazioni, poi si vide in una nave circondata da fiamme, ecc.

Il 6, 6, 79, in causa di un affare andato a male, entrò in uno stato effettivo violento, prese un coltello che aveva in tasca e si voleva tagliare il collo, il che gli fu impedito. Gli fu preso il coltello, ed egli entrò in furore, poi in delirio, chiamò i suoi fidi, impegnò una battaglia contro supposti nemici, e durante questo delirio battagliero fu ricevuto allo spedale. Il 7, 6 era senza delirio, ma in istato crepuscolare, si lagnava di male al capo, aveva ricordo sommario. Non sapeva come fosse venuto là. Rimase ancora sotto l'impressione di essere una personalità elevata, una specie di maresciallo di campo, si paragonava al re Filippo di Macedonia, il quale aveva cominciato dal basso.

L'11, 6 lo stato crepuscolare si dileguò. Ebbe in seguito dei cattivi sogni di fuoco, di essere schiacciato fra macchine, ecc.; come prima rimase nervoso, irritabile, ma durevolmente lucido, e dopo un'osservazione di più mesi venne licenziato.

E) *Stati crepuscolari con eccitamento moriaco* (1).

Possono avere la durata di ore, fino di giorni. Questa forma rarissima del disturbo epilettico transitorio, nella quale i malati offrono un quadro analogo a quello della così detta *moria* (aggirarsi goffamente, ridere, motteggiare, far smorfie, far tiri insolenti ecc.), si distingue da questa forma di passaggio della pazzia maniaca semplice, pel profondo disturbo della coscienza e pel difetto della memoria. Samt ha osservato più volte lo stupore consecutivo a questa forma, o lo stupore episodico nel decorso di essa.

Osservazione XLIX.

Stati epilettici crepuscolari con eccitamento moriaco.

Bleimuth, 25 anni, figlia di un operaio, fin dall'infanzia epilettica ed imbecille, fu trovata in un campo lontano alcune ore dalla sua abitazione, cantava e ballava in uno stato profondamente crepuscolare; fu trasportata al manicomio. L'esame rivela l'esistenza di frequenti e classici

(1) Falret, op. cit., p. 10; Samt, op. cit.

attacchi epilettici, i quali riappaiono coll'intervallo di alcuni giorni. Alla fine di questi appaiono talvolta dei parossismi tipici congruenti di eccitamento moriaco, i quali durano persino 3 giorni e si distinguono dagli stati analoghi, ad es. la mania, soltanto per la profonda confusione e perdita di coscienza.

La pazieute si mise tosto a cantare, a divertirsi graffiandosi il viso, a ciarlare senza fine e senza riflessione. Si scompiscia dalle risa, balla tutto all'intorno, assume posizioni grottesche, si rotola sul pavimento, fa delle tenerezze ai malati e ai medici che egli riconosce benissimo, si spoglia degli abiti, si rovista nei capelli, ecc. Polso piccolo, arterie contratte, estremità fredde. Insonnia per quanto dura il periodo d'eccitamento. Lo stato di profonda semicoscienza non cessa col cessar di questo, ma scompare quasi un giorno dopo. Assoluta amnesia di questi parossismi, i quali si verificano due o tre volte al mese. Il bromuro di potassio si mostrò senza effetto.

Di grande importanza per la valutazione di questi quadri morbosi proteiformi, è la conoscenza della neurosi che serve loro di base.

A questo fine hanno grande valore:

L'etiologia del caso, l'anamnesi, l'osservazione dei sintomi intervallari, i sintomi dell'accesso e il confronto dei diversi accessi gli uni cogli altri.

1. Etiologicamente sono degni di molta considerazione la degenerazione ereditaria, i traumi al capo.

2. L'anamnesi deve indagare l'esistenza degli insulti, sia di epilessia comune, sia di epilessia sospetta. Sotto questo rapporto sono significative le convulsioni nella fanciullezza, gli accessi di spavento notturno, il nottambulismo e gli insulti riconosciuti dalla scienza come epilettici od epilettoidi. Deve essere presa in gran considerazione l'esistenza degli indizi di accessi notturni o coincidenti col sonno.

3. Di grandissima importanza sono i sintomi intervallari (carattere epilettico), i disturbi psico-cerebrali elementari, i fenomeni della degenerazione epilettica.

4. Per la natura epilettica di un accesso psichico parla:

a) Il suo manifestarsi con fenomeni di aura, come appunto avviene degli insulti epilettici comuni.

b) La brusca comparsa di esso, la sua breve durata, la sua rapida scomparsa con quei fenomeni che sogliono aversi alla fine degli accessi vertiginosi e classici, segnatamente lo stupore.

c) Il earattere squisitamente terrifieo dei deliri e delle allucinazioni od anche la *nomenclatura sacra (Gottnomenclatur)*, massime quando questa si trova congiunta con quello, il grave disturbo della coscienza, la confusione soporosa, i fenomeni episodici dello stupore.

d) La memoria turbata o del tutto mancante per quanto avvenne durante l'accesso. Come ha dimostrato Samt, quella può esistere immediatamente dopo la fine dell'aecesso, ma va tosto perduta.

e) Il confronto degli acccssi, se siano più o meno tipicamente congruenti fra loro (si dànno qui molti e svariati equivalenti); come pure il ripetersi degli accessi in modo uguale gli uni agli altri, sono argomenti dimostrativi.

f) Le azioni del malato in questi accessi; se cioè queste si verifichino sotto uno stato sonnambolieo o crepuscolare della coscienza con associazione confusa delle idee, col carattere terrifico di un sognante molto allucinato od illuso (almeno nelle forme di *petit* e *grand mal)*, senza alcun motivo, senza scopo, senza riflessione, rapidamente, violentemente, senza scelta opportuna del mezzo, in modo totalmente impulsivo e eon tutta l'espressione della eollera e della distruzione.

3. Equivalenti protratti (1).

Negli epilettici si osservano degli aceessi di pazzia delirante che durano settimane e persino un mese, i quali presentano in modo notevole e speeifico tutte le stimmate della base epilettica.

Noi dobbiamo questa seoperta a Samt, il quale anzi ha determinato il earattere specifico della pazzia epilettica, anche quando mancavano gli antecedenti epilettici.

(1) Cfr. Samt (op. cit.). Gruppo II e IV (pazzia epilettica cronica protratta).

Fra questi segni specifici della pazzia epilettica, Samt riconosce lo scoppio acuto, gli stati ansiosi predominanti con un misto di spavento, i deliri che alludono al pericolo predominante di una prossima morte e le allucinazioni corrispondenti (qui segnatamente l'avvicinarsi di turbe minacciose, fenomeno così frequente negli epilettici), poi la forte irritabilità che condisce il delirio di grandezza, massime religioso *(Gottnomenclatur)*, la lucidità relativamente conservata nel tempo dello stato crepuscolare, il cessare dell'accesso gradatamente e i difetti in diverso grado della memoria, per ciò che riguarda l'accaduto durante l'accesso, l'estrema, irriflessiva violenza, lo stupore con reazione caratteristica per parte del linguaggio, nei suoi diversi gradi d'intensità; finalmente i diversi gradi di disordine *(Werworrenheit)*, di semilucidità da una parte, fino all'assurdità e incoerenza dei sogni e alla confusione illusorio-allucinatoria, come quella del *delirium tremens* dall'altra.

Le forme che rientrano in quel quadro costituiscono in gran parte gli equivalenti psichici protratti o meglio ripetuti, recidivanti e nello stesso tempo protratti. Esse appartengono piuttosto alla rubrica del delirio che non a quella delle psicosi. Oltre a quei casi, in cui gli antecedenti epilettici non sono sicuri e che sono da descriversi in un trattato con certa riserva, si hanno secondo la mia e l'altrui osservazione dei casi di *petit* e *grand mal*, di delirio religioso, di stupore.

Caratteristiche comuni di questi stati sono: il duraturo, profondo disturbo della coscienza (massime dell'appercezione), come si osserva nelle psicosi ordinarie; poi il grande disordine dell'ideazione, le profonde remissioni fino alla vera intermissione del delirio con stati intervallari di stupore e di semicoscienza, il ricordo altamente sommario od abolito per ciò che riguarda l'accesso, finalmente l'improvviso scoppio dello stesso e la scomparsa preceduta da uno stato crepuscolare o stuporoso.

Osservazione L.

Delirio epilettico recidivo protratto, con stupore intercorrente.

Reisiger, 34 anni, moglie di un impiegato, fu ammessa nel manicomio il 17, 4, 75. Il nonno e il padre morirono d'apoplessia. La malata divenne epilettica a 16 anni dietro uno spavento. Gli accessi si manifestarono all'incirca ogni 14 giorni e furono frequenti e forti durante le mestruazioni, che si erano manifestate a 15 anni. Si maritò a 30 anni nella speranza di guarire della sua malattia, ma invece gli accessi si manifestarono più di frequente. Venivano senz'aura e cessavano per far luogo ogni volta ad uno stato crepuscolare di più ore. Tre settimane dopo il primo parto, ebbe un accesso di pazzia della durata di 12 giorni; vedeva ucciso il marito, i genitori morti, credeva che il bimbo fosse morto, ecc. Non dormì, non toccò cibo, era profondamente confusa ed ansiosamente agitata. In seguito presentò perfetta amnesia di questo accesso.

Tre settimane dopo il secondo parto (febbraio 73) insorse un secondo accesso di pazzia coi caratteri del primo, il quale durò 4 settimane. D'allora in poi gli accessi epilettici si fecero più frequenti, all'incirca ogni 2 giorni. La malata divenne alterata di mente, noiosa, irascibile, pensierosa, con un accenno alla demenza.

Cinque settimane dopo il terzo parto ammalò mentalmente per la terza volta sotto ripetuti accessi epilettici. Si fece ansiosa, depressa, notevolmente disturbata nella coscienza, si lamentava spesso di un grande disordine, si credeva perseguitata e spiata da tutti, si sentiva sbeffeggiata dalla servitù, si sentiva dare della bagascia, ebbe vertigini, delle scintille davanti agli occhi, senso di freddo, insonnia, cominciò ad aggirarsi confusa, semicosciente, ansiosa e senza scopo per la casa e tentò ripetutamente di togliersi la vita. Questo stato andò oscillando fra remissioni ed esacerbazioni, le quali ultime si manifestavano alla fine di ogni accesso epilettico. L'intero quadro morboso rientrò appuntino nella sindrome di uno stato crepuscolare protratto e più volte recidivo, con ansia *(petit mal)*. Alla fine di marzo apparvero nel territorio della 2ª e 3ª branca del quinto delle flittene che presto si escoriarono lasciando uscire del liquido dalla loro superficie. Questo fenomeno schiettamente neuropatico si dileguò in 10 giorni dietro l'uso del liquore del Fowler.

Alla sua ammissione (metà d'aprile), era mimicamente trasformata, notevolmente depressa. Sentiva delle voci terrificanti che le dicevano che non sarebbe più guarita; era ansiosa, insonne, in uno stato di semicoscienza. Aveva tremori e contratture nei muscoli della faccia, le pupille

erano larghe e tarde a reagire; la lingua era tremula con molti segni di vecchie morsicature. Nessuna alterazione degli organi vegetativi.

Il 25, 4, questo stato psicopatico scomparve rapidamente, lasciando nella malata appena un ricordo sommario. Sotto l'uso del bromuro di potassio (6 gr.) gli accessi divennero radi, e in complesso le condizioni psichiche si fecero migliori.

Il 12, 5, di sera, dopo un periodo di irritabilità, si manifestò un accesso epilettiforme, consistente in un breve convellimento di tutto il corpo, con scomparsa momentanea della coscienza. Lo seguì immediatamente un accesso di pazzia. La malata divenne altamente ansiosa, confusa, profondamente turbata nella coscienza. Appercepiva tutto ostilmente, vedeva dei coltelli aggirarsi intorno a lei, credeva d'avere il piede di cavallo, la testa di bue. Gridava spesso: mamma, mamma, ora mi vengono a uccidere. Rifiutava il cibo, non dormiva. Il delirio era prevalentemente terrifico. Tuttavia in certe ore vaneggiava fra le semplici riproduzioni della vita passata, aveva anche delle verbigerazioni episodiche, parlava talvolta in rima e ripeteva le parole come eco. Durevolmente insonne, senza febbre, pupille larghe, tarde a reagire.

Il 17, 5, dopo un piccolo accesso epilettico venne lo stupore, che durò fino al 19. Poi di nuovo si ebbe un delirio ansioso con grande confusione, con parole del tutto inintelligibili ed anche con suoni totalmente inarticolati.

Il 29, 5 la malata cominciò a dormire per lunghe ore. Allo svegliarsi rimaneva qualche tempo senza delirio, abbastanza lucida, riconosceva la sua posizione, la sua terribile malattia ed esternava il desiderio di morire. Il delirio perdette il 29 e il 30 il suo carattere terrifico. Assunse invece un'impronta patetica declamatoria, spesso anche con parole del tutto inintelligibili e col carattere della verbigerazione. Poi subentrò dal 31 maggio fino al 3 giugno uno stato mentale crepuscolare senza delirio, del quale il paziente fu rapidamente libero il giorno 4, mimicamente e psichicamente. Aveva soltanto un vago ricordo del tempo della malattia, che si aggirava sull'ansia e sulle allucinazioni terrifiche. Coll'uso del bromuro di potassio (8 gr.) scomparvero gli accessi, si migliorò l'umore, l'irritabilità, l'insufficienza mentale, talchè il paziente lasciò lo stabilimento il 12, 9, 75 in uno stato soddisfacente di leggero indebolimento psichico.

Osservazione LI.

Equivalente postepilettico protraentesi per più mesi.
(Delirio di persecuzione e religioso — Grand mal).

Grabner, 30 anni, fornaio, derivato da genitori sani. Una cugina soffre di grande isterismo, una sorella di corea; nel periodo della dentizione sofferse di convulsioni, imparò a parlare soltanto a 5 anni, soffrì a 7 anni un tifo grave e nel tempo della pubertà apparvero gli accessi epilettici, durante i quali si mordeva ripetutamente la lingua. Questi insulti scomparvero ben presto e fecero luogo a degli stati semicoscienti accessuali della durata di circa di un'ora. Tre anni fa ebbe uno stato di assenza psichica con delirio terrifico della durata di 8 giorni, verosimilmente coi caratteri del *grand mal.*

Fin dall'autunno 1880 ebbe molte emozioni ed indisposizioni; nel dicembre 80 si svegliò atterrito ed ebbe un accesso epilettiforme, poi si sentì il capo non a segno; era atterrito, sentiva degli odori ingrati, sentiva della musica, delle voci che lo dicevano vicino a morire, vedeva degli assassini. Dai vicini era temuto, con essi era molto chiuso e taciturno.

Il 9 gennaio e il 10 trovavasi in viaggio con un suo cognato nelle vici nanze di Graz. Il 10 ebbe un insulto epilettico, e appena finito questo subentrò un delirio terrifico postepilettico. Quelli che lo attorniavano per lui erano assassini. A Graz, il giorno 11, entrato in un caffè chiese da colazione, ma non prese nulla, cominciò ad errare incerto, ebbe delle convulsioni cloniche, si agitò fortemente, talchè fu condotto all'ospedale. Qui giunse ansioso, confuso, agitato, atterrito e delirante, perseguitato da gente che gli aveva tagliato mani e piedi e confiscato tutti i suoi averi. Credeva di essere in una grotta di assassini, in una fossa di leoni, non dormì nella notte del 12, vide serpenti, leoni, assassini, streghe; riconosce ostilmente chi lo circonda e si fa talvolta aggressivo.

Alla mattina del 12 divenne più calmo e narrò di essere stato aggredito dagli assassini durante un viaggio e venuto a Graz, di essere caduto di nuovo in mano degli assassini; dice di aver passato la notte in una tana di ladri e di leoni, dove sentì musica e rumori d'inferno, e vide dovunque malandrini e bestie feroci, mentre egli aveva tagliato mani e piedi e si sentiva spossato e tremante per l'ansia.

Dopo mezzogiorno ebbe un momento di lucidità, nel quale palesò i suoi antecedenti epilettici. Ma ben tosto gli si turbò la coscienza, divenne delirante, riconosceva in chi lo circondava dei giudei, dei re d'Oriente, dichiarava sè il povero Lazzaro, poi un maestro; si riprodusse il delirio dell'ag-

gressione degli assassini e della persecuzione delle bestie feroci, si credeva in una stalla. Verso sera è maestro di una scuola elementare di Gerusalemme con 400 fiorini di stipendio. Il direttore di questa scuola si chiama Longino. Oltre a ciò esistono le reminiscenze del delirio di persecuzione, ma portato nel campo biblico. Recandosi da Gerusalemme a Gerico i ladri lo hanno spogliato. I sacerdoti e i leviti gli passarono d'accanto, ma tirarono oltre; il Samaritano gli diede da bere dal suo orcio e così egli potè venirsene a Graz. Alla sere credeva ancora di dar lezione ai fanciulli della sua scuola.

Il giorno 14 si crede a Nazaret, in viaggio sul Mar Nero; poi a Betlemme nella stalla. Durante il 14 è relativamente lucido, si ritiene realmente il fornaio G. ed è in istato di dare alcuni ragguagli sulla sua vita antecedente. Ha sempre un ricordo molto sommario delle epoche recenti, non ricorda il suo delirio biblico, ma solo quello di persecuzione, si corregge talvolta e si fa ansioso, istupidito o irritato.

Nella notte del 15 dormì poco, era nel tempio, vide i farisci e gli scribi. Nella notte del 16 fu irritato e agitato e gridava: « questa stalla deve essere distrutta ». Credeva per le sue dottrine di essersi attirato contro l'ira dei farisei e di dover essere messo in carcere. I medici per lui sono Pilato, farisei e scribi, gli infermieri manigoldi. Egli è nato in Betlemme nel 1851, suo padre era un falegname di nome Giuseppe, sua madre Maria, egli si chiama Franz Grabner. È giunto da tre giorni per acqua dalla Palestina. Caifas lo ha fatto mettere in carcere. L'infermiere è un soldato del capitano dei corsari. Grande turbamento della coscienza, grande irritabilità, teme sempre che tutti lo minaccino e lo guardin torvo. A momenti è anche abbastanza lucido e sa di essere in una casa di salute.

Il 17 si proclama Cristo, ed aggiunge che è stato qui portato dai giudei e dai farisei per essere crocifisso. Si ritiene nella sala del pretorio davanti a Pilato; un medico militare in uniforme, venuto a visitare lo stabilimento, fu preso per Erode. I giorni successivi è sbalordito, assorbito nelle sue contemplazioni intime, profondamente turbato nella coscienza, irritato, insocievole. Non dorme quindi nulla, rifiuta spesso il cibo, teme che in questo vi sia il veleno, si crede Giuseppe egiziano, crede me Pilato, gli assistenti coppieri e panattieri.

Il 20, 1, di sera, è transitoriamente abbastanza lucido, ma tosto si fa confuso, irritato, intrattabile. Dal 21 al 24 parecchi accessi epilettici con stupore episodico e delirio panofobico. Poi la sua coscienza a poco a poco si rischiara. Il malato è di nuovo Grabner. Conserva un ricordo sommario per ciò che gli è accaduto negli ultimi giorni, narra di essere stato sempre agitato come se assassini o ladri gli stessero innanzi e volessero crocifiggerlo. Di notte sentiva sempre delle false accuse. Corregge il suo

delirio biblico, conta che prendeva quanti lo contornavano per persone bibliche. In seguito è istupidito, esaurito, sonnolento.

Il 7 e l'11 febbraio ebbe un accesso epilettoide (tremore convulsivo per tutto il corpo con abolizione della coscienza). Dopo il quale si mostrò più istupidito e sonnolento di prima, irritato ed intrattabile.

Nella notte del 5 marzo corse per l'ospedale l' allarme d'incendio, il malato lo sentì, entrò in delirio, errò qua e là in preda dell'ansia, credeva di esser nel fuoco, di dover bruciare. Riapparve il delirio di persecuzione terrifico (giudei, assassini).

Il 13, 3, 81 fu passato al manicomio, dove rimase nello stato descritto di delirio fino alla metà di maggio. Il ricordo per le vicende di questo delirio è totalmente sommario.

Il 30, 5 ebbe un accesso epilettico con successivo accesso di furore. Il 9, 6 delirio terrifico della durata di 2 ore. L'11, 6 insulto epilettico con delirio postepilettico terrifico di più ore, i quali fenomeni si ripeterono più volte dal giugno al settembre. Da quest'epoca si fece calmo e lucido, completamente libero da insulti epilettici. Il 9, 1, 82 fu dimesso guarito.

Fino alla fine di settembre 82 rimase calmo e ordinato. In un momento di collera violenta affogò il fratello. Alla metà di settembre ebbe una questione col padre e lo afferrò e strinse al collo finchè questi perdette la coscienza; i vicini lo salvarono. Questo atto fu commesso da lui nello stadio d'incubazione di un nuovo parossismo delirante, pel quale fu ammesso di nuovo nella clinica il 4, 10, 82. All'infuori di un cranio leggermente microcefalo (circonf. 54, diam. long. 17, trasv. 14), il paziente non offre nulla di notevole. I rimedi antiepilettici (bromuro di potassio fino a 8 grammi al giorno, atropina) rimangono, come prima, senza successo.

Osservazione LII.

Caso analogo.

Coriary, 25 anni, studente, fu ammesso il 7, 12, 81 nella clinica psichiatrica. Deriva da una madre pazza, si sviluppò tardi e fin da piccolo si mostrò limitato di mente. A 15 anni cadde alienato e passò circa due anni in manicomio. La modula informativa si limita a dichiarare che ogni mese aveva degli accessi della durata di circa 14 giorni, del tutto analoghi a quelli che descriveremo. In seguito fu sano e composto. Nella seconda metà di novembre ebbe una risipola al capo accompagnata a febbre elevata. Il 4, 12, 81 ebbe una grande oppressione. Andò in chiesa, si confessò dei suoi peccati, poi andò a casa oppresso, confuso,

pallido, con forte male al capo. Andato in letto gli parve che la camera insieme a lui fosse trasportata per aria. E gli sembrava che Dio lo afferrasse pei capelli. Sentiva gli arti inferiori agghiacciati, sotto di sè vedeva un nero abisso. Pregava per l'angoscia, sentiva animali in corpo, scongiurava Iddio a non lasciarlo così soffrire. Poi sentì che di nuovo egli veniva messo sul pavimento e che le belve ricadevano negli abissi. La mattina del 5 andò a scuola; qui sentì una voce: « che vieni a fare tu, o dannato, che sei stato la rovina di tante anime? ». Fu portato a casa perchè piangeva ed era molto disturbato. Prese il libro delle preghiere e lesse qualche cosa intorno al sepolcro dove egli doveva esser posto.

Il 6 e il 7 rimase molto disturbato, insonne, con forte mal di capo, in letto. Alla sua ammissione aveva il viso contraffatto, era ansioso, confuso, si rotolava sul pavimento pel mal di capo. Nessun punto doloroso. Misure del cranio regolari. È apirettico. Nessun reperto negli organi vegetativi. Fino al 18, 12, insonne, confuso, turbato con brevi ed eccezionali episodi, nei quali la coscienza si mostrò relativamente chiara. Canta spesso canzoni da chiesa e prega continuamente perchè ciò gli reca sollievo. Sente delle voci che lo accusano di essere un gran peccatore, ode della musica. Vede il diavolo, gli spiriti, delle male femmine, Cristo che legge la messa, la morte. Questa lo ha colpito per sempre. Spesso sente odor di sangue od anche di rose e di viole.

Il 18, 12, non è contraffatto in viso, non è più allucinato, rimane tuttavia ancora leggermente istupidito. Ha un ricordo sommario degli avvenimenti del suo delirio, racconta di aver visto l'inferno, uno spirito senza testa, il cielo aperto diviso in tre comparti, di aver sentito ora dei suoni gradevoli di tromba, ora dei rumori rauchi; gli pareva di essere nel giorno del giudizio, ed aveva la piacevole sensazione di esser messo in schiera fra i giusti. Ricorda i suoi antecedenti epilettici.

Dal 4, 1, 82, in poi è poco lucido, oppresso, chiuso, crede che se non pregherà molto sarà dannato. Il giorno 8, 1, fu osservato un vero e genuino accesso epilettico. In seguito a questo il malato si mostra notevolmente turbato nella coscienza, in istato crepuscolare. Si lagna spesso di essere malato e sbalordito al capo, di non aver dormito la notte, dice di essersi alzato per urinare e di aver avuto una vertigine. Ha avuto un continuo scricchiolio dei denti ed un senso di oppressione come se fosse giunto all'ultimo giorno di vita. Alla mattina dice di aver visto apparire sulla finestra una cortina giallo-scura, rotta nel mezzo come quella che figura nella morte di Cristo.

Nel corso del giorno il malato diviene sempre più confuso e turbato (6 gr. di bromuro al giorno). Alla sera è in completo delirio, vede il cielo, l'inferno, il purgatorio, il sudario giallo inzuppato colle lacrime dell'estinto.

È insonne, ansioso, oppresso, intuona canzoni religiose; la mattina del 9 ode suoni angelici di tromba, i canti celesti e si vede e sente beatamente insediato in cielo.

Nella notte del 10 vede Abramo, Isacco, Mosè, Cristo, il Padre eterno. Fu la notte spaventevole dell'estremo giudizio, ma egli fu messo fra i giusti. Nonostante però è cupo, oppresso, confuso; con tono lacrimevole si dichiara Cristo e aggiunge che dei maledetti sacerdoti lo hanno martirizzato in L... Irritato, delirante, confuso, si crede in cielo presente al giudizio.

Nella notte dell'11 è insonne, predica, canta *Alleluja*, si proclama Cristo, legge la messa, si mette in posizione di crocifisso, vola cogli angeli, li bacia, s'accapiglia col diavolo.

Nel corso della giornata si dichiara pateticamente Cristo, il signore di tutti i re e pontefici, l'imperatore del mondo, sputa sentenze, predica, canta salmi, spiega i 10 comandamenti, crede di vedere il mare rosso e turchino.

Il 12 ritorna un momento *compos sui*, riconosce chi lo circonda, poi ad un tratto curva convulsivamente il capo all'indietro, la sua bocca si contorce e dice: « ora son morto ». Il resto del giorno è semicosciente, delirante, assorbito completamente nelle sue intime elucubrazioni, assume la situazione di Cristo crocifisso. Predica di continuo, si spaccia per Cristo, dice delle scipitaggini sui pagani, cristiani, turchi, ecc. Suo nonno è il vecchio, egli il nuovo testamento. Il cristianesimo si mescola all'islamismo, vi ha un solo Dio e Maometto è il suo profeta. È profondamente alterato nella coscienza, grandemente irritabile, batte spesso coi pugni il pavimento, riconosce per diavoli chi lo contorna. La notte del 12 è insonne, canta, predica, ha delle collere violente.

Il giorno 13 per un momento si riconosce in manicomio, poi si crede nella tomba. Egli è il principe ereditario Rodolfo, i vicini sono imperatori e apostoli. Dopo mezzogiorno bestemmia, poi diviene profondamente contrito, vede il giudizio universale, si prostra a terra, si rotola sul ventre, si percuote il viso e il petto coi pugni e grida: « io non ho ucciso alcuno, io ho detto delle sciocchezze, io non fui mai nè Dio, nè imperatore, nè Satana, io mi sono dato per Cristo e sono il Cristo colla corona di spine, perchè non fui mai un falsificatore nè un bancarottiere, e non ho mai rubato i 30 kreuzer (soldo colla croce) ». È durevolmente insonne, confuso, compunto, ripete le scene del giudizio finale, si nasconde nel suo paglericcio che di tanto in tanto crede la sua tomba, è pieno di idee di persecuzione, da quando a quando lascia osservare un accesso di convulsioni cloniche. Dopo aver passato bene la notte del 20, ebbe una remissione transitoria, ma con molti segni di esaurimento. Il 22 si ebbe di nuovo un delirio

pieno d'ansia, vide il giudizio solito pendere su di lui, dei soldati venirgli contro, vide legioni di diavoli, di morti con vessilli rossi, il Padre eterno, gli angeli che portavano vino, che egli non poteva bere. Il 26 cessa il delirio, la coscienza si chiarisce un poco, ma il malato rimane allo stato crepuscolare, compunto, oppresso, vede di tanto in tanto il giudizio e degli spiriti.

Fin dal 28 esacerbazione. Il delirio presenta un'alternativa variopinta di situazioni terrificanti e piacevoli; le prime prevalgono. Si tratta di giudizio, crocifissione, sangue e guerra; egli combatte accanto a Radetzky contro gli italiani, poi ad un tratto è Satana, parla degli orrori dell'inferno. Episodicamente è imperatore, Cristo, nella tomba (pagliericcio), riconosce nel medico il principe imperiale Rodolfo, discute se questi debba tagliargli la testa. Di notte vede guerra e sangue, parla di bare e di morti. Come reazione dei diversi deliri, ora si presenta compunto, ansioso, perseguitato, ora in gran collera e persino aggressivo, leggendo la messa e cantando canzoni sacre. È durevolmente eccitato, contraffatto in viso, confuso. Il 18, 2, animalò con febbre (40,2) e forte cefalea. Cessato appena il delirio il malato è lucido, ma compromesso notevolmente nel sensorio. Il 19 accesso epilettico. La temperatura nei giorni successivi oscillò fra 38,4 e 39,8. Violento mal di capo, vomito, rigidità alla nuca, scotomi scintillanti rendono chiara la diagnosi di meningite della convessità. Il 22, verso le 4 del mattino ebbe una serie di accessi epilettici, sotto i quali morì alle 5 con fenomeni di edema polmonare. L'autopsia diede: leptomeningite purulenta diffusa, iperemia cerebrale, pneumonite ipostatica sinistra con pleurite incipiente.

4. Psicosi epilettiche croniche (1).

Negli epilettici si osservano ancora, comunque relativamente rare, delle psicosi croniche (Esquirol, Morel, Griesinger, Westphal, Gnauck ed altri), le quali non differiscono in nulla da quelle che non hanno un fondo epilettico e per ciò a rigore non si potrebbero chiamare epilettiche. Non di meno vi sono dei casi, i quali stanno ad indicare che sul fondo dell'epilessia si sviluppano dei quadri morbosi psichici, delle psicosi comuni le

(1) Gnauck, *Entwicklung der Geisteskrankheiten aus Epilepsie*, *Archiv. f. Psych.*, XII, H. 2; Magnan, *Arch. de Neurologie*, 1881, N 1.

quali vanno soggette a modificazione di fondo neurotico nel decorso e nei sintomi.

Prescindendo dalla demenza, frequente in seguito all'epilessia, in cui Sommer, Bourneville e d'Olier riconoscono un aspetto speciale, è razionale l'ammettere la forma in discorso relativamente a certi casi di pazzia periodica in forma di delirio (vedi oltre); almeno io in questi ultimi anni ho osservato un caso di questo genere, in cui gli antecedenti epilettici furono stabiliti con certezza; anche Pick (*Arch. f. Psych.*, XI., H. 1) ha comunicato un caso consimile. Che anche la paranoia possa presentarsi negli epilettici con un'impronta speciale, lo prova il caso 5 di Gnauck (op. cit.).

Quest'ultima varietà è caratterizzata, segnatamente dopo il periodo stuporoso di una pazzia epilettica transitoria, dalle illusioni sensoriali e dai deliri sistematici; più tardi si manifesta un carattere tutto speciale, fantastico e sonnambolico, il quale si può benissimo porre in confronto collo stato morboso della coscienza degli epilettici.

L'esistenza delle psicosi epilettiche è poi finalmente accertata dalla seguente osservazione di pazzia circolare epilettica. I casi finora noti di psicosi epilettiche sembrano appartenere esclusivamente alla classe delle degenerazioni psichiche.

Osservazione LIII.

Pazzia circolare epilettica.

Spess, 30 anni, coniugato, possidente, ammesso il 29, 12, 73, deriva da un padre alcoolista. Sua sorella è epilettica, fin da bambino soffre di convulsioni. A 8 anni, dopo uno spavento, si manifestarono gli accessi epilettici, i quali in seguito andarono apparendo con intervalli di mesi o di settimane. Negli ultimi anni, essendosi dato al bere, gli accessi si sono resi più frequenti. Si verificarono poi degli stati deliranti i quali resero necessaria la sua reclusione nel manicomio.

Il malato è difettoso e debole di mente. Si lagna di male al capo e gli pare sempre di essere ubbriaco. Non sono dimostrabili malattie degli organi vegetativi, i toni cardiaci sono netti, il polso è a 72, tardo. Viso ed

estremità leggermente cianotici. Il cranio è di dimensioni normali, tuttavia fortemente appiattito all'occipite. I muscoli del labbro superiore e la lingua sono in preda a tremore. L'esame rivela che il malato, oltre agli accessi epilettici, i quali si ripetono ad intervalli di alcune settimane e sempre più frequenti, presenta un alternanza ciclica di stati di esaltamento e di depressione, i quali si rivelano notevolmente di carattere epilettico per il turbamento sonnambolico della coscienza, lo stupore temporaneo, l'impronta delirante, con deliri congruenti tipici a contenuto religioso (nomenclatura divina) ed allucinazioni corrispondenti. Le fasi depressive sono in genere più lunghe (1-23 giorni) di quelle di esaltamento; talvolta in uno stesso giorno si ha un miscuglio di questi due stati, alternanza che si può manifestare da 1 a 2 volte nelle 24 ore, sempre però con prevalenza della fase depressiva. Degli intervalli propriamente lucidi non se ne hanno mai, poichè il malato negli intervalli che si osservano ogni 2 settimane, nei quali è esente da delirio, si mostra tuttavia in uno stato patologico per la sua semicoscienza, la grande emotività e il bigottismo. Talvolta dopo uno stato d'esaltamento durevole con insonnia, subentra un certo stato di esaurimento stuporoso della durata di 1 a 2 giorni. La fase depressiva della pazzia circolare epilettica comincia per regola con cefalea, peso al capo, grande irritabilità e fatuità, aumento della cianosi abituale. Il malato è contraffatto in viso, oppresso, guarda fisso davanti a sè, parla sommesso, colle labbra tremule, si dichiara un gran peccatore, si nutre pochissimo.

La coscienza è turbata, sonnolenta. Il malato s'inginocchia qua e là, recita il rosario. Ha contratto le posizioni più viziate coi piedi e colle mani per pregare Iddio. Alcune cicatrici alla mano sinistra sono il risultato delle sue automutilazioni. Spesso vorrebbe sacrificare un occhio perchè Dio sarebbe di ciò contento. Se si disturba nelle sue contemplazioni, reagisce ostilmente e percuote a destra e a sinistra. In questa fase depressiva è costantemente più cianotico del solito

Il polso è duro, contratto e rimane così anche sotto l'uso del nitrito di amile, è tardo, le estremità ed il viso sono cianotici, freddi, le pupille dilatate, tarde a reagire. In questo stadio si osservano regolarmente delle allucinazioni. Vede gamberi, serpenti, vacche, due grandi uomini bianchi, Dio padre con ciera minacciosa, il diavolo il quale sotto i suoi occhi si trasforma in diverse bestie Vicino alla fine del periodo depressivo appaiono per delle ore dei fenomeni d'esaltamento (giubilo, canti, fischi, visioni gaie). Lo scoppio della fase d'esaltamento è rapido ed avviene con notevole mitigazione della cianosi, ripienezza e compressibilità del polso, il quale diviene frequente. Non di rado si trovano anche dei fenomeni flussionari al cervello. La ciera si ravviva, il malato diventa ciarliero, esterna

la sua gioia, dice di sentirsi leggero il capo. Comincia a cantare, a ballare, a esclamare. Vede Iddio, le stelle, una gran città; il cielo si apre, egli si vede portato in paradiso. Dio gli appare in forma di un pesce, lo Spirito Santo in forma di un fanciullo che ha in mano una tavoletta bianca. Riconosce nei vicini degli angeli, Dio padre, Cristo; tutto è meraviglioso e splendido. Il buon Dio gli appare scintillante come un pesce argenteo, davanti ai suoi occhi danzano pesci d'oro. È insonne e predica continuamente. Gli occhi splendono, la sua ciera esprime entusiasmo, che aumenta fino all'estasi completa. Il polso rimane tardo, ma è flessibile, l'arteria è più cedevole che nello stadio depressivo.

Il bromuro di potassio e le iniezioni di morfina si mostrano senza successo contro il ciclo morboso. Il primo però diminuisce la frequenza degli accessi epilettici, ma non ha alcuna influenza sull'andamento e l'intensità della pazzia ciclica. L'azione più rilevante degli insulti epilettici è quella di aumentare, quando sono frequenti, la cianosi per alcuni giorni. Gli accessi epilettici sono per lo più classici, ma talvolta si limitano a scosse generali del corpo, senza che il paziente perda la coscienza e cada a terra.

La prognosi nei singoli accessi di pazzia è benigna, ma la prognosi complessiva dell'epilessia con disturbi psichici, e quando esiste il quadro della degenerazione epilettica, può dirsi chiusa alla speranza (1). Intorno alle basi anatomiche dell'epilessia regna ancora una grande oscurità. Si accampano a questo proposito i reperti più diversi fra loro. È verosimile che i molteplici difetti congeniti di sviluppo cerebrale, poi i gliomi della corteccia e segnatamente poi le encefaliti parziali, servano di fondamento alla malattia; e finalmente anche la sclerosi del corno d'Ammone fatta rilevare da Meynert (*Hemkes, All. Zeitschr. f. Psych.*, 34, p. 678). Anche sui fondamenti anatomici dei disturbi psichici dell'epilessia si possono soltanto stabilire delle induzioni, ritenendoli conseguenza dei disturbi vasomotori della neurosi in corso; e d'altronde l'epilessia può considerarsi essenzialmente come una neurosi vasomotoria dell'organo centrale.

Atrofie del cervello, opacamenti delle meningi sono reperti che trovansi di quando in quando, sparsi qua e là in individui

(1) Casi di guarigione v. Kirn, *Allg. Zeit. f. Psych.*, 26, H. 1 e 2; Wiedemeister, *id.*, 29, H. 5.

i quali giunsero alla sezione essendo agli estremi della degenerazione epilettica e diedero ragione della decadenza della vita psichica che questi individui presentarono.

La terapia moderna dell'epilessia e così anche della pazzia epilettica, tenta in prima linea di moderare l'eccitabilità morbosa di certi centri (centro convulsivo e vasomotorio), od anche di impedire lo spasmo vasale col quale comincia l'accesso. Il bromuro di potassio e l'atropina obbediscono alla prima di queste indicazioni, il nitrito d'amile alla seconda.

Il migliore di tutti i rimedi finora propinati resta sempre il bromuro di potassio (1).

In casi assai rari l'amministrazione progressiva e razionale di questo rimedio riesce inefficace, ma la sua azione si arresta tosto che se ne sospende l'uso. Sono però assai rari i casi in cui si ebbe completa guarigione; e il bromuro è un rimedio così giovane nel nostro continente da non potere su di esso pronunciare un giudizio decisivo.

Abbastanza spesso cessano durante l'uso del bromuro di potassio tanto gli accessi convulsivi quanto gli psichici e quest'ultima circostanza è una gran fortuna pei malati, del resto incapaci di guadagnarsi di che vivere e per lo più condannati al manicomio. Più spesso ancora questo rimèdio diminuisce semplicemente l'intensità e la frequenza dei parossismi. Persino degli stati di demenza progressiva ricevettero qualche miglioramento da questo rimedio.

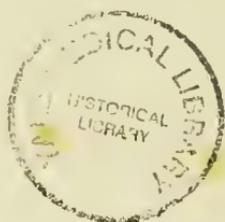
Lasciano osservare un qualche successo negli epilettici adulti soltanto le dosi giornaliere di 8 gr. negli uomini e di 6 gr. nelle donne; deve darsi la preferenza alla soluzione acquosa. Le dosi giornaliere, date a più riprese in quantità di 2 o 3 gr. per volta, hanno la preferenza sulle grandi dosi concentrate. Si aumenti la dose gradatamente ed osservando prima quali effetti produce sugli accessi e sull'organismo. Per lo più basta arrivare a 10 grammi. Non bisogna mai troncare bruscamente una

(1) OTTO, *Arch. f. Psych.*, v, H. 1; FRIGERIO, iniezioni sottocutanee di bromuro di potassio, Pesaro, 1876; STARK, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 31.

cura intrapresa razionalmente, per non veder ripetersi più frequenti ed intensi gli accessi e per evitare altresì la possibilità di uno stato epilettico pericoloso. La terapia bromica può essere usata senza danno per l'organismo, a dosi moderate e per lunghi anni. Quanto poi alla pazzia transitoria, agli equivalenti protratti e alle psicosi croniche degli epilettici, quegli stessi antiepilettici che riuscirono giovevoli sugli accessi, mi si mostrarono finora inefficaci.

L'atropina di recente raccomandata da Svetlin (*Leidesdorf, psych. Stud.*, 1877), non regge di fronte al bromuro di potassio. In certi casi di epilessia vertiginosa mi diede però qualche risultato.

Il nitrito d'amile, in virtù della sua azione vaso-paralizzante immediata, può togliere presto uno spasmo vasale, ma è senza efficacia negli stati molto accentuati di eccitamento cerebrale, che si osservano negli epilettici. Ha soltanto qualche valore per troncare quegli accessi che vengono preceduti da un'aura. Del resto contro l'epilessia è senza alcun valore, quand'anzi non è dannoso.

Nei casi d'insulti epilettici che si ripetono spesso, in cui si ha coma, temperatura iperpirettica e pericolo per l'esistenza (stato epilettico), Krueg ha dimostrato, tanto nei porcellini resi epilettici sperimentalmente, come nell'uomo, l'azione favorevole del cloralio idrato (in clisteri o anche per iniezione sottocutanea), risultato confermato da Wallis (*West. Rid. lunat. asyl. reports* v. 1875) e dalle esperienze di Testul sull'eclampsia puerperale.

CAPITOLO VII

Pazzia isterica (1).

Carattere isterico. — Disturbi psichici elementari.

Nella ricca e svariata sindrome fenomenica dell'isterismo, sono costanti le anomalie della psiche, quand'anche nella maggior parte delle malate si limitino a dei disturbi psichici elementari (carat ere isterico).

Sono fenomeni fondamentali di questa forma l'equilibrio labile delle funzioni psichiche, la suscettività abnormemente facile e la reazione intensa fuor del comune del meccanismo psichico, e il rapido alternarsi degli eccitamenti (debolezza irritabile). In prima linea sono da annoverarsi le anomalie della vita affettiva. Le malate sono enormemente accessibili agli stimoli psichici interni ed esterni. Nell'acme della malattia non si tratta più di sentimenti e di disposizioni d'animo entro i limiti ordinari, ma soltanto di veri affetti (iperestesia psichica). E poichè i processi psichici hanno prevalentemente un tono depressivo, così le disposizioni dell'animo e gli affetti sono in prevalenza dolorosi; ma pel rapido cambiarsi delle idee e per la grande mobilità affettiva, la disposizione dell'animo non è punto stabile e si ha una successione variopinta di sentimenti e di affetti e spesso il pianto si alterna col riso. E siccome da queste idee diversamente vivaci si sviluppano dei desideri che continuamente cambiano, le malate si mostrano capricciose e mutabili nelle loro simpatie ed an-

(1) MOREAU, *L'Union méd.*, 1865, 69-102; FALRET, *Ann. méd. psych.*, 1866, maggio; BROSIUS, *Irrenfreund*, 1866, 7; WUNDERLICH, *Pathol*, 1854, p. 1490; MOREL, *Traité de la méd légale des alién.*; BRIQUET, *De l'hysterie*; V. KRAFFT. *Friedreich's Blätter*, 1872, H. 1; JOLLY, *Zeimssen's Handb.*, XII, p. 451.

tipatie verso le persone e gli oggetti. I desideri possono essere assai violenti e così pure le avversioni. Essendo possibili tutte le intonazioni perverse dei sentimenti, si manifestano le idiosincrasie. Per la prevalenza delle impressioni psichiche dolorose e per la congerie di sentimenti di tal natura, queste malate sono in genere assai sofferenti. Divengono perciò egoiste, insensibili ai dolori altrui. Preoccupate del loro bene e del loro male, subentra un'ottusità nei loro sentimenti sociali ed etici e divengono indifferenti ai loro propri doveri e al benessere dei congiunti. In vista del poco interessamento del mondo esterno ai loro lagni incessanti, giungono al punto di esagerare o di simulare per ottenere il premio di essere interessanti (inghiottire spilli, stigmatizzazione, nuocere a sè stesse, finti attentati), mentre il livello assai basso della loro moralità e l'esagerazione della fantasia le rende capaci di qualunque inganno e di qualunque bugia. I loro affetti divengono violentissimi quando non riescono colle finzioni nel loro intento o si vedono abbandonate o non osservate. La loro rabbia e perversità non conosce allora alcun limite

Fra i disturbi elementari dell'ideazione si ha quando un acceleramento, quando un rallentamento e talvolta anche un'interruzione nel suo decorso. L'impressionabilità emotiva ed intellettiva conduce facilmente alle idee fisse. Una fedeltà riproduttiva debole, collegata ad una fantasia esaltata, falsano la memoria e fanno apparir bugiarde le malate. Occasionalmente, massime durante le mestruazioni e nell'acme degli affetti, possono manifestarsi dei deliri primordiali di persecuzione.

Anche la sfera sessuale è affetta in modo molteplice. Spessissimo l'istinto sessuale è aumentato fino a far provare delle sensazioni voluttuose (allucinazioni di coito, gli incubi e succubi del medio evo) e si esterna con atti singolari (girar nude, mania di spalmarsi con cosmetici equivoci e persino con urina). A periodi può esistere una grande freddezza sessuale, o soltanto un'idiosincrasia verso il marito o l'amante; non di rado si osservano anche temporaneamente dei sentimenti sessuali pervertiti,

con usi corrispondenti od anche con fenomeni equivalenti di esaltamento religioso. La sfera vasomotoria, che è sempre affetta, può dar luogo ad ansia precordiale e ad accessi d'ansia.

La fantasia di queste malate è per lo più morbosamente aumentata, talchè la loro ideazione vivace arriva facilmente all'allucinazione, o almeno spesso le malate non possono distinguere la fantasia dalla realtà. Spesso si hanno anche spontaneamente delle allucinazioni, quasi esclusivamente nel senso della vista. Il loro contenuto è prevalentemente sgradevole (teste di morto, spettri, animali fantastici, parenti morti); nè meno frequenti sono le illusioni della vista, (aspetto contraffatto dei vicini; le persone sono più piccole, più grandi, ecc.) e della sensibilità cutanea (serpenti, rospi, scarafaggi in letto, sulla pelle), come false interpretazioni di sensazioni reali.

Il campo del libero arbitrio si mostra ammalato in modo singolare per la debolezza morale e volitiva, per la fuggevolezza e superficialità delle idee, per il modo di sentire alterato nel contenuto e nella forma, per le idee fisse, per cui la malata è soltanto il trastullo dei suoi capricci, delle sue voglie, dei suoi impulsi, delle sue fantasie. Così può avvenire che, trascurati i doveri principali, siano esclusi i sentimenti più sublimi e vengano in campo le idee e le azioni più assurde.

Su queste fondamenta psichico-neurotiche, più o meno degenerative, si sviluppano degli stati corrispondenti e notevoli di pazzia. A questa specialmente dispongono la facile eccitabilità degli affetti e della sfera dei centri sensori ed ideativi, come pure il labile equilibrio delle funzioni vasomotorie. Subordinati all'esistenza del carattere isterico, e insieme ad una serie di disturbi nelle funzioni sensitive, motorie, vasomotorie, sessuali ecc., che appartengono al quadro complessivo dell'isteria e favoriscono la venuta del delirio, si manifestano i quadri morbosi psichici, la cui origine si connette così strettamente alla neurosi isterica, da poter essere denominati pazzia isterica, e sotto questo nome considerati nella patologia speciale.

Come per la pazzia epilettica, le forme psichiche che appartengono all'isterismo, si possono distinguere: 1° In stati di

pazzia transitoria; 2° In stati deliranti protratti, analoghi agli equivalenti psichici protratti; 3° In psicosi isteriche.

1° Stati di pazzia transitoria (1).

Possono aversi alla fine degli accessi convulsivi dell'isterismo, in sostituzione di essi, od anche come forme indipendenti.

Il quadro clinico speciale di questi stati è assai variabile in causa del carattere proteiforme della neurosi. Molto spesso si hanno degli stati di affetto patologico, di *raptus melancholicus*, di mania acutissima con idee deliranti erotiche e religiose, sonnambulismo, delirio estatico-allucinatorio a contenuto religioso-erotico o terrifico, spesso demonomaniaco. La coscienza in tali stati è profondamente assopita, la memoria mancante o sommaria. Fra i fenomeni prodromici si notano il globo, l'affanno, l'oppressione, l'aumentata emotività, le miodinie nell'epigastrio.

Le cause determinanti sono le impressioni psichiche, la recrudescenza delle nevralgie, come pure il processo mestruale.

Questi stati psicopatici transitori durano ore e persino giorni. Essi hanno prevalentemente l'impronta del delirio e sono complicati molto spesso a fenomeni convulsivi tonici e clonici, che si rivelano poi come isterici, istero-epilettici, di chorea magna ecc. Fra le più notevoli varietà cliniche si hanno:

a) Analogamente al petit mal degli epilettici: *stati violenti d'ansia, con turbamento della coscienza.* — I malati sono nell'ansia della morte, errabondi, i vicini riescono loro spaventevoli, si gettano disperati contro di essi. Episodicamente si possono avere delle allucinazioni di spiriti diabolici, di cani che corrono, che li inseguono, mani fredde che li vogliono afferrare. La memoria di ciò è sempre sommaria.

b) *Deliri istero-epilettici*, analoghi a quelli del grand mal degli epilettici. — La coscienza qui è abolita. La memoria manca

(1) Cfr. dell'A., *Disturbi transitori della autocoscienza*, p. 68; Briquet, op. cit., p. 428; Morel, *Traité des malad. ment.*, p. 672; Wunderlich, *Pathol. 1854*, p. 1490.

in appresso. Il nucleo del delirio riguarda per lo più quegli avvenimenti spaventevoli (stupri, oltraggi), i quali furono causa occasionale della malattia, che vengono ora riprodotti allucinatoriamente ed in modo assai drammatico ed allegorico.

Le malate reagiscono a queste allucinazioni con segni di disperazione, agitazione furiosa, clamorosità, cui si possono accompagnare dei fenomeni convulsivi di chorea maior o di isteroepilessia. Come variante clinica merita un cenno il delirio demonomaniaco che spesso si osserva nelle epidemie isteriche. (Klöster, Morzine).

c) *Stati estatico-visionari* analoghi a quelli degli epilettici. — Qui i malati sono immersi in un profondo stato crepuscolare, il cui nucleo è dato da una vita sensitiva elevatissima, che giunge fino all'estasi, con sensazione di corrente magnetica. Su questa base si arriva al delirio dei connubii mistici con Dio, alle visioni celesti. Le malate vedono il cielo aperto, fanno prediche ispirate, parlano in lingua straniera, fanno profezie, ecc. Transitoriamente si possono avere anche degli stati catalettici. La memoria in seguito è sommaria.

d) *Stati di morìa (fatuità)*, precedenti di ore un accesso istero-convulsivo, con risa, pianto, danza, clamorosità, disordini d'ogni genere, ecc. — Nei casi di mia osservazione si ebbe sempre amnesia dell'avvenuto durante l'accesso.

e) *Stati crepuscolari con facile e coatta riproduzione di ciò che è avvenuto o si è letto.* — Il contenuto di questo delirio logorroico concerne a preferenza la vita della gioventù, si agita in una semplice, indebolita riproduzione della vita del giorno, ma la coscienza è al grado crepuscolare e la memoria altamente sommaria.

Osservazione LIV.

Isterismo. — Stati d'esaltamento estatico e stati deliranti ansiosi.

Fruwirth, 24 anni, nubile, deriva da un padre ubbriacone e da una madre affetta da emicrania. Molti fratelli morirono in tenera età sotto le convulsioni. La malata divenne quasi cieca in seguito a una congiuntivite blenorragica nella prima giovinezza. Era neuropatica, la sua fantasia fu

sempre molto vivace. Viveva da anni in condizioni miserabili ed ammalò d'isterismo da alcuni mesi. Da 3 settimane oltre al globo, al chiodo ed altri disturbi isterici, presenta uno stato delirante in parte esaltato, in parte depressivo; il primo di questi deliri è accompagnato da un senso di benessere e di sollievo. La sfera sensoriale è così esaltata, che tutto ciò che pensa le appare con colori così vivaci come se fosse proprio la realtà.

La sindrome fenomenica è soggetta a grande variabilità e transitorietà. La malata, una campagnuola semplice, mezzo cieca, in questi stati sembra una profetessa ispirata. La sua ciera è espansa, i suoi movimenti si succedono con vera grazia. All'occhio della sua mente si presentano mille cose. « Il poeta Schiller morto da molti anni » le appare in persona e parla con lei. Egli le consegna il suo poema. Poi comincia essa stessa a poetare e ad improvvisare e recitare correntemente in versi ciò che ha letto, visto, pensato. Finalmente ritorna stanca esaurita, con mal di capo ed oppressione epigastrica alla coscienza del mondo reale, conservando solo un ricordo sommario del felice stato d' esaltamento.

Come avanguardia o come residui degli accessi istero-epilettici si osservano alle volte degli stati di delirio ansioso, nei quali la coscienza è sopraffatta da una violenta ansia precordiale, e la malata sente profezie minacciose e vede spettri, carovane di animali mostruosi. Essa si sente infelicissima, condannata a morire, si sente stringere il collo, vede il suo proprio cadavere e tenta, presa da ansia indicibile, di strozzarsi e si aggira qua e là senza pace e semi-cosciente. Abitualmente si chiude la scena con un accesso istero-epilettico, dopo il quale la malata torna in sè disorientata, infelice, profondamente esaurita. Si osservano per regola dei disturbi isterici intervallari.

Osservazione LV.

Stati d'esaltamento isterico con riproduzione coatta ed accelerata.

W., figlia di un impiegato, deriva da un padre irascibile, di carattere abnorme. La fanciullezza e la pubertà decorsero senza fenomeni degni di speciale rimarco. Da alcuni mesi la sua famiglia cadde in ristrettezze finanziarie; la malata ebbe molti dispiaceri, si nutriva piuttosto male, cuciva molto. Cominciò a farsi malaticcia, a lagnarsi di fiacchezza, agitazione nervosa, cardiopalmo.

Il 19, 1, 78, breve tempo dopo le mestruazioni, e preceduto da insonnia di più giorni e da eccitabilità nervosa, si notò un accesso di delirio allucinatorio, il quale durò dalle 9 antimerid. alle 2 pomerid. e si ripetè dalle

4 alle 5 1|2. Come prodromi immediati si ebbero un senso di pressione al cuore, con ansia, flussione al capo e vertigine. Il 10, 2, di sera, finita la mestruazione, si ripeterono gli accessi, i quali furono annunciati da un senso di rigidità al braccio che si diffuse a tutto il corpo; poi si ebbero una violenta congestione al capo, vertigini, turbamento della coscienza, leggeri tremori alle estremità ed allucinazioni. La malata sentiva i suoni delle campane, i canti degli uccelli e vedeva il fuoco. Sotto l'aumento delle contrazioni muscolari e con grande instabilità apparve uno stato speciale d'esaltamento con riproduzione coatta, ma facilitata di ciò che aveva udito, veduto, letto. La potenza del pensiero era così grande che la malata era in grado di ripetere una poesia lunga due pagine, che aveva letto poc'anzi, e senza punto esitare. Tali accessi durarono parecchie ore, riapparvero ancora due volte nei giorni susseguenti.

In questo tempo la malata era molto nervosa, disposta alle flussioni, molto sensibile alla luce e ai rumori, cosi eccitabile nella sua fantasia, che dopo la lettura non era più capace di discernere ciò che aveva letto dalla realtà, e dopo la lettura dei romanzi, cadeva in uno stato speciale estatico-catalettico, durante il quale aveva soltanto un'impressione confusa del mondo esterno e si trovava in uno stato sonnambolico semicosciente con contrattura generale dei muscoli.

La malata è di media statura, delicata, sviluppata completamente, l'espressione del viso, lo sguardo sono di persona neuropatica. L'utero è vergineo, leggermente ingrandito, portato verso destra. Presentò in seguito spesso cardiopalmo, innervazione vasomotoria labile, polso variabile nella sua frequenza; arrossisce con gran facilità, ha frequenti sussulti e terrori notturni ed una volta ebbe un accesso di deliquio preceduto da spasmo vasale. Il bromuro di potassio, l'idroterapia, il regime tonico agirono favorevolmente. Gli stati di esaltamento e i fenomeni convulsivi non si ripeterono.

Osservazione LVI.

Neuralgia traumatica che condusse all'isterismo, con fenomeni convulsivi istero-epilettici e di chorea maior, con delirio terrifico allucinatorio.

Elisa Horstig, figlia di un contadino, senza disposizioni ereditarie o di altro genere, 23 anni, fu rozzamente insultata da un vicino e ne ricevette un gran pugno vicino all'occipite sinistro. Cadde a terra, ma ritornò subito in sè con gran confusione e dolore al capo, agitazione da doverla

fissare in letto. Nella sede del trauma, che di sè non mostrava alcun segno, si manifestò una forte neuralgia cervico-occipitale. Per ciò si ebbe irrequietezza nervosa, agitazione, leggero movimento febbrile, vertigine, sonno disturbato. Coll'aumentarsi di questi sintomi cominciò dal 16 aprile ad avere quasi ogni giorno degli accessi convulsivi, parte tonici, parte clonici, con coscienza turbata dapprima e di poi persino spenta.

Questi accessi avevano un carattere polimorfo, decisamente isterico ed erano sempre preceduti da una recrudescenza della neuralgia. In autunno cessarono, ma apparvero, dice la modula del medico curante, « una confusione temporanea, deliri religiosi, stati di estasi e di coma ». Neuralgia occipitale nei periodi intervallari, grande e non motivata variabilità d'umore. Dopo una remissione durante l'estate del 1862, si ebbe un'esacerbazione con deliri ed allucinazioni, che avevano per contenuto l'insulto ricevuto. In questi accessi, che decorrevano con profondo turbamento della coscienza, con completa amnesia e riapparivano costantemente ogni 14 giorni, la malata commetteva una serie di atti disordinati, s'aggirava qua e là senza scopo, riconosceva ostilmente le persone e diveniva impetuosa contro di essi.

Alla sua ammissione nel marzo 1864, la malata non mostrò nulla di rimarchevole somaticamente, all'infuori di una forte neuralgia nel nervo occipitale sinistro, i cui rami alla pressione reagivano dolorosamente. La sua disposizione d'animo era cupa, depressa, in generale dipendente sempre dall'intensità della neuralgia. I suoi pensieri si aggiravano sempre sulla sua triste posizione e sulla causa dei suoi mali.

Era assai vogliosa di consolazione e di cointeressamento e si lagnava se le pareva di esser stata meno del solito l'oggetto d'attenzione del medico. I più piccoli stimoli psichici o somatici provocavano una esacerbazione della neuralgia, che era soltanto un passo verso lo scoppio degli accessi, in parte convulsivi, in parte deliranti.

Sotto un accesso neuralgico forte con irradiazione al 5° e ai nervi cervicali, apparve il globo, con agitazione crescente, ambascia, squisita paralisi vasale nel campo delle vie nervose affette, nistagmo convulsivo, strabismo. Le si turbò la coscienza e le pareva che il suo proprio pensiero andasse e venisse. Cominciò a andar fuori di sè, a parlare da sola, a riconoscere malamente i vicini, e a dare soltanto risposte confuse alle domande. Poi la coscienza si spense completamente, il viso si contrasse convulsivamente; ebbe la visione dell'uomo che l'aveva battuta, il quale la perseguitava e minacciava di percuoterla nuovamente e ne sentì anzi le percosse (percezione del dolore neuralgico). Avvenne quindi una lotta disperata contro la gente delle sue allucinazioni, nella quale manifestò una forza e una destrezza non comuni, difendendosi dietro i mobili e sotto il letto. Essa si

sentiva inseguita e minacciata da fantasmi. In fine i movimenti volontari acquistarono l'impronta dei movimenti coreici e invece di questi, talvolta anche dopo questi, si osservarono delle convulsioni toniche e cloniche. Il delirio seguitò ancora, per far luogo ad uno stato soporoso, dal quale la malata rientrò in sè colla coscienza ancora profondamente turbata e senza ricordo dell'accaduto.

Le iniezioni di morfina nel luogo dolente e l'energica faradizzazione cutanea della località neuralgica fecero scomparire quasi del tutto la neuralgia, gli accessi e le anomalie affettive, ma in agosto 1865 comparve una neuralgia intercostale che prese il posto della vecchia occipitale. Sotto le iniezioni morfiniche (fino a 0,3 per giorno) scomparvero a poco a poco anche questa seconda neuralgia e i rimanenti sintomi Nel gennaio 1866 la malata potè esser dimessa notevolmente migliorata. A casa sua si rimise completamente.

Osservazione LVII.

Isterismo dopo stupro.

Accessi di delirio istero-epilettico, terrifico, allucinatorio.

Luigia L., 18 anni, servente, senza disposizione ereditaria alle malattie nervose, sempre sana, non ancor mestruata, fu a 14 anni vittima di un attentato al pudore per parte del suo tutore. Come si fu rimessa dal primo spavento si sentì un gran malessere; accusava stanchezza, si sentiva incapace al lavoro. Poi venne cefalea ed oppressione molesta alla regione cardiaca. Ammissione all'ospedale dei fanciulli di Strasburgo. Dimessa migliorata dopo alcune settimane.

Il miglioramento non si conservò a lungo. Il disturbo occasionale, indefinibile del sistema nervoso centrale, legato allo shok psichico, condusse ad uno stato d'isterismo (dolori neuralgici vaghi massime nelle vie intercostali, miodinie, senso di globo, sotto le cui esacerbazioni l'umore diveniva eccessivamente depresso e si stabiliva una grande suscettività emotiva). Quanto al decorso si ebbero accessi di convulsioni cloniche parziali, con abolizione della coscienza.

A 17 anni isteroepilessia (convulsioni cloniche generali con coscienza abolita); a 17 anni e 3|4 si aggiunsero i disturbi psichici al quadro morboso. Ebbe d'allora grande e non motivata variabilità nell'umore. Agli stati di depressione psichica si associò ansia precordiale, nel cui acme si aveva *tædium vitæ* e tendenze a far male altrui. Stracciò gli abiti, tentò di sventrarsi con un coltello, poi di annegarsi. Durante le allucinazioni

di vista e di udito, sentiva a parlarsi «dentro il capo», sentiva delle voci che le dicevano che lei sarebbe divenuta un fanciullo; poi ebbe la visione del tutore, il quale tentava di ripetere il suo attentato immorale. Cominciò inoltre a lagnarsi perchè il pensare le diveniva difficile e per la sua grande smemoratezza e confusione di mente. All'ammissione nel manicomio, avvenuta ai primi d'ottobre 1872, si nota una iperestesia generale, la quale si palesa con neuralgie e miodinie, insieme a fenomeni di sensibilità diminuita (formicolio dal collo fino alla punta delle dita), di aumentata eccitabilità riflessa cerebrale e spinale (contrazioni riflesse toccando certi punti neuralgici e persino tremore diffuso e sussulti), con umore variabile senza motivo, senso di confusione alla testa, limitazione psichica coatta ad un certo circolo di idee riferentisi alla malattia, allucinazioni visive ed acustiche. Di tanto in tanto accessi deliranti della durata di 1|2 a 2 ore, i quali scomparivano ogni volta dopo il fantasma del tutore e del famoso attentato. Precedevano fenomeni di aumentata eccitabilità riflessa (convulsioni parziali, soprassalti al menomo rumore). Gli accessi si manifestano sotto forma di un delirio allucinatorio, il quale si aggira intorno al fantasma di un tentato stupro e del suo autore. La coscienza è abolita. La malata è atterrita, manda urla disperate, i movimenti sono coordinati; talvolta si hanno anche delle convulsioni finali reflesse (toniche e cloniche), nistagmo e scrosciamento dei denti. Dopo 1|2 a 2 ore di accesso, la malata torna in sè con forte cefalea, vertigine, grande sbalordimento, miodinie moleste, grande emotività, completa amnesia per quanto riguarda tutta la durata dell'accesso.

Nel tempo successivo di osservazione, per più mesi, non si ebbe alcuna modificazione nel quadro morboso, talchè si emise una prognosi infausta.

2° Stati protratti di delirio isterico.

Nelle isteriche si osservano non di rado degli stati di delirio, il quale si manifesta essenzialmente con allucinazioni e con considerevole turbamento della coscienza e non giunge a sistematizzarsi, quantunque si abbiano tuttavia certe connessioni fra i deliri e le interpretazioni allegoriche delle sensazioni.

Si potrebbero designare questi stati morbosi, isterici, allucinatori col nome di delirio sensoriale *(Wahnsinn)*. Questi casi si presentano anche come accessi protratti o più volte recidivi della pazzia isterica transitoria, e sono analoghi a quelli degli epilettici, poichè lasciano osservare il quadro del *petit* o del

grand mal, complicato al delirio estatico-visionario a fondo isterico. Questi stati isterici deliranti protratti appaiono in modo acuto, scompaiono ad un tratto, durano settimane e mesi, decorrono fra esacerbazioni e remissioni, fino a presentare delle fasi di lucidità relativa e durante le esacerbazioni decorrono sempre con disturbo notevole della coscienza, che può essere confusione, stato crepuscolare e persino stato di estasi e di stupore. Soltanto di rado questi fenomeni si associano agli attacchi isterici gravi e decorrono con essi. Sono invece i casi più leggeri d'isterismo, nei quali si presentano questi stati deliranti; all'infuori di crampi tonici accidentali, io nel decorso degli stati deliranti non ho mai osservato i fenomeni motori gravi dell'isterismo.

Il delirio isterico protratto posa sopra il fondo di un esaurimento temporaneo. Si sviluppa alla fine delle mestruazioni o durante le mestruazioni profuse, poi nel puerperio, spessissimo nel climaterio. Le emozioni sembrano esserne la causa ultima. Recidiva facilmente, finì però sempre colla guarigione nei 18 casi di mia osservazione.

Il delirio presenta un miscuglio dei più svariati deliri primordiali (persecutorio, peccaminoso, sessuale, religioso). Più frequente degli altri è il delirio di persecuzione con ansia reattiva, spesso assai violenta; poi vengono il religioso e l'erotico.

Non sono rare le allucinazioni di tutti i sensi. Fra le più frequenti ed importanti si notano le visive, le olfattive e quelle della sensibilità. Le allucinazioni visive si aggirano per lo più su visioni di animali, di cadaveri, su processioni fantastiche di morti, diavoli, spettri. Le illusioni visive consistono nello scambiare i volti e le persone dei vicini con musi grotteschi, animali, ecc. Le illusioni uditive sono semplici acusmi (grida, rumori, esplosioni), oppure si hanno delle vere allucinazioni, per lo più a contenuto sessuale (profferte di matrimonio, accuse oscene, accuse d'infanticidio). Le illusioni olfattive alludono a puzzo di solfo e tabacco, raramente esse sono gradevoli (odor di rose, ecc.).

L'impronta isterica dello stato morboso è resa manifesta dal contenuto speciale delle allucinazioni visive e delle illusioni, dalla comparsa dei deliri sessuali, dai disturbi isterici concomitanti, che nella coscienza turbata trovano in modo molteplice un apprezzamento delirante, da certi fenomeni episodici, come i crampi tonici, le smorfie del pianto e del riso, l'estasi, ecc.

Riguardo alla cura basta quanto è stato detto sul delirio sensoriale allucinatorio.

Osservazione LVIII.

Delirio isterico allucinatorio protratto.

Frl. R., 25 anni, deriva da famiglia disposta. Era delicata, molto eccitabile, collerica da bambina, da giovinetta propensa ai castelli in aria, frivola, idealistica, qualità che a 20 anni avea in grado estremo. Era molto facile a commoversi, reagiva facilissimamente alle emozioni con febbre ed allucinazioni. Nel 1875 ebbe la difterite e dopo rimase in uno stato neurastenico. In inverno, in seguito a un caso di morte in famiglia e alla malattia del padre atassico, si accrebbe lo stato neurastenico e venne l'irritazione spinale. Ai primi di marzo sdrucciolò, cadde sul dorso ed ebbe di ciò una gran paura. In seguito a ciò si sviluppò l'isterismo. Ebbe cefalea, dolori spinali, neuralgie intercostali, piedi freddi, globo, senso di esser sospesa per aria, iperestesia ottica, vista di scintille, di fiamme; sentiva come delle scosse elettriche che pel dorso montavano al capo, ebbe accessi d'ansia, emise grida convulse. In giugno si stabilì un'iperestesia cutanea generale; dopo aver preso dell'umidità gli venne un malessere con peso al capo e crampi ai muscoli risorii. Poi si ebbero un senso di pizzicore e di freddo, sensazioni tali come di una docciatura alla colonna vertebrale e di sabbia fra le coste. In luglio ebbe convulsioni cloniche, crampi tonici e stato afasico, ma transitoriamente. Vedeva tutto giallo, verde, i visi della gente stravolti, di colori svariati, gli oggetti nella stanza fuori di posto. Il sonno mancò fin dai primi di giugno, ma fu procurato dal medico mediante cloralio. Fu affidata alle mie cure quand'era già completamente edematosa.

Ai 20 di luglio si notarono allucinazioni di tutti i sensi e con ciò uno stato delirante, che rese necessario il suo collocamento in manicomio alla metà d'agosto. La malata credeva di essere magnetizzata, di esser gravida, vedeva ragni, serpi, rospi; udiva delle accuse di colpe sessuali, sentiva

cattivi odori; dichiarava di essere un rospo e la guardia diceva essere l'ebreo errante; credeva di aver la testa e il cervello doppi, di prendere la saliva dal cervello, di essere sifilitica, la si doveva fucilare, seppellire.

All'infuori di una forte anemia, di edema al viso e grande dimagrimento non lasciò alla sua ammissione osservare alcun reperto somatico. È molto confusa, vede tutto attraverso ad illusioni sensoriali, è totalmente disorientata riguardo alla sua posizione. Il medico è il re Giovanni, le infermiere sono principesse. Prende il medico per suo marito e lo attende nel letto coniugale. Sente il suo supposto marito gridare aiuto da una cantina, sente che è avvelenato dalle sue sorelle, si vuol tagliare il naso, poichè le voci le dicono che con ciò lo salverà. Nei cibi e in letto vede dei vermi. Sente delle voci che si frappongono al corso dei suoi pensieri, la interrompono, la confondono e la spingono ad azioni perverse, p. es. a mangiare ragni e vermi. Di quando a quando cattivi sapori, d'inchiostro, odori di asa fetida, visioni di morti, di bestie feroci.

Nel tempo della mestruazione deliri sessuali di prostituzione, di colpe infami, frequenti, ingratissimi odori. Oltre a ciò p ralgie e miodinie, neuralgia intercostale, senso come di esser colpita al capo e di sentirsi filtrar dell'acqua nel cervello. Tutto a lei era fatto per mezzo dell'elettricità e del magnetismo.

Sottoposta a dieta ricostituente, a buon regime, a ferro, bromuro di potassio fino a 6 gr. al giorno, a qualche iniezione di morfina, il suo stato migliorò nel mese di novembre somaticamente e mentalmente. I disturbi isterici e le illusioni sensoriali divennero rari. La coscienza si fece lucida. Alla fine di dicembre, sotto le mestruazioni, si ebbe un esacerbazione La malata udì di nuovo molte voci a contenuto sessuale e persecutorio Esse le dicevano che doveva farsi suora se voleva salvarsi l'anima, altrimenti sarebbe perduta. Sotto l'angoscia di una di queste voci si gettò da una finestra del pian terreno senza riportarne alcun danno.

Il suo stato migliorò lentamente nel gennaio. La malata rimase ancora mentalmente esaurita, neurastenica, ma dal febbraio fu libera dalle allucinazioni e dal delirio; fu mandata a casa convalescente e guarì perfettamente in estate anche dei più leggeri disturbi isterici.

3° Psicosi isteriche.

Queste si possono esattamente distinguere dalle altre, poichè sono basate o sopra una neurosi isterica semplice, non costituzionale, in qualche modo acquisita, o sono l'espressione morbosa, il quadro psichico di una degenerazione isterica.

Nel primo caso si tratta di psiconeurosi (melanconia, mania), le quali hanno una prognosi discretamente fausta e si distinguono dalle forme corrispondenti non isteriche soltanto pel loro decorso, generalmente breve, e per l'intromissione, con interpretazione allegorica, dei sintomi della neurosi isterica.

L'isteromelanconia è caratterizzata da ansia precordiale prevalente, frequenza di *raptus* e tendenza al suicidio, interpretazioni delle sensazioni isteriche (massime il globo, le neuralgie, le miodinie) che giungono alle idee deliranti, specialmente poi a colorito demonomaniaco, da frequentissime allucinazioni visive ed estrinsecazione teatrale degli affetti depressivi, mentre poi si rende palese nei loro piagnistei una certa civetteria.

L'isteromania si mostra quasi non preceduta dallo stadio prodromico melanconico, ha un decorso subacuto; vi si nota una grande variabilità d'umore, sopratutto una grande labilità nelle disposizioni dell'animo e una prevalenza delle idee erotico-religiose.

Osservazione LIX.

Melanconia a fondo isterico.

Feigl, 20 anni, figlia di un contadino, non disposta ereditariamente, ma fin da tempo malaticcia, nervosa; soffrì da 3 anni un'insolazione sotto cui rimase per alcune ore comatosa, senza però presentar alcun altro sintomo in seguito. A 16 anni, colla pubertà, si sviluppò il quadro morboso dell'isterismo (globo, chiodo, peso al capo, paralgie, iperestesie muscolari e cutanee, cardialgia, sonno inquieto, ansia precordiale, depressione periodica con idee fisse di peccati, di essere indegna di confessarsi, ecc.).

Nel 1877 si stabilì una profonda depressione melanconica con ansia precordiale; ebbe anche dei momenti di panofobia con raptus e tentativi di suicidio.

Si accorse un bel giorno di aver perduto il cuore e che in suo posto vi era un cattivo spirito. Essa non aveva più alcun sentimento pel buono e si sentiva perduta in eterno. In luogo del cuore le pareva di avere un sasso. Essa era evidentemente in preda a uno spirito maligno che le avea preso il cuore e spesso le saliva anche al collo. Non aveva più gioie, più

alcun sentimento per la religione, per Dio e pel buono. Alla sua ammissione narrò con rassegnazione ed ostentazione le sue sofferenze. Le pareva, come Caino, di esser continuamente perseguitata dal rimorso e di non aver più pace. Spesso si sentiva bruciare e le pareva che le fiamme dell'inferno l'involgessero da tutte le parti. Gracile di corpo, delicata, con cranio assa ipoco e male sviluppato alla regione frontale, neuropatica, con occhio scintillante.

Ha disturbi paralgici, miodinie, cardialgie, globo, utero senza reperto patologico. È priva di ogni affetto, rassegnata; solo da quando a quando è assalita dall'ansia precordiale ed allora diviene errabonda, non ha pace, cerca di graffiarsi il viso e si abbandona a pensieri suicidi. Solo il pensiero dell'inferno è valevole ad arrestarla nei suoi propositi. La cura dell'oppio moderò lo stato d'agitazione, il quadro morboso passò ad una semplice depressione, nella quale il sintoma capitale fu di nuovo l'anestesia psichica. Oltre a ciò esisterono sempre gli antichi disturbi isterici. Dopo alcuni mesi fu licenziata migliorata.

Osservazione LX.

Mania acuta a fondo isterico.

Divak, esposta, donna di servizio, 19 anni, fu ricevuta nella clinica il 22, 4, 76. Ebbe alcuni disturbi psichici a 12 anni, legati alle prime mestruazioni. Le mestruazioni in seguito furono scarse ed irregolari e talvolta si ebbero disturbi collegati alla dismenorrea. Alla metà d'aprile divenne insonne, ebbe sensazioni di punture e di bruciore che dal basso ventre montavano all'epigastrio e di qui al collo. Era costretta ora a ridere, ora a piangere, non aveva mai riposo; ebbe senso di globo, cardialgia, nevralgia occipitale, sensibilità aumentata alle impressioni esterne. Essendosi un tale stato esagerato nel corso delle mestruazioni (profuse), venne all'ospedale. Le pareva di essere lo zimbello di tutto e di tutti. Poichè disturbava il riposo altrui colle sue grida e coi suoi canti, fu condotta in clinica. Persona delicata, gracile, senza segni di degenerazione. Capo alquanto congesto, ciera vivace, occhio scintillante. Insufficienza mitrale. Utero piccolo, lateroverso a sinistra, imene intatto.

La malata presenta un esaltamento maniaco con umore gaio e considerevole erotismo. Narra ridendo di credersi gravida perchè fu lungamente a servizio in un ospizio di maternità. Essa vorrebbe pur star allegra di ciò, ma teme la vergogna di questo suo stato in faccia alla gente.

Il racconto di questo sarà veramente meraviglioso (dice), poichè essa non ha ma coabitato con uomo. Natura instabile, capricciosa, faceta, corso delle idee accelerato; mimica molto vivace. Ai 23, 4, lo stato d'esaltamento maniaco era cessato.

Altre volte la psicosi a fondo isterico si manifesta soltanto come uno stadio di una degenerazione funzionale progressiva, costituzionale, per lo più ereditaria, ed originatasi prima della pubertà; allora si tratta sempre di forme gravi con trasformazioni, massime di istero-epilessia con disturbi psichici.

I quadri morbosi di questa categoria sono le forme degenerative della *folie raisonnante*, della *moral insanity*, ma specialmente della paranoia primitiva, od anche della demenza irresistibilmente progressiva.

Spessissimo si osservano degli stati di paranoia primaria, e cioè prima la forma persecutoria, poi l'erotica, poi la religiosa. Le leggi che riguardano il decorso sono quelle stesse che si hanno nei casi analoghi a fondo non isterico. La forma persecutoria subisce spesso la trasformazione del delirio (idee deliranti religiose, erotiche).

Una forma di paranoia persecutoria, rara ad osservarsi al giorno d'oggi, è la demonomaniaca, la quale dominò nei secoli scorsi ed ha avuto una gran parte nella storia dei chiostri.

I disturbi d'utero, il globo ed altre sensazioni isteriche conducevano alla corrispondente localizzazione degli spiriti maligni. Come reazioni si avevano le convulsioni, gli spasmi tonici, gli impulsi a bestemmiare Iddio, in cui il demonio preteso si serviva di una voce sua propria.

L'isterismo dispone perciò specialmente alla paranoia, massime alla forma persecutoria, poichè nelle malate, che sono molto suscettibili, trova facilmente sostegno l'idea di essere trascurate e perseguitate, poichè la sfera sensitiva centrale è molto facilmente eccitabile in senso allucinatorio e le creazioni della fantasia e le allucinazioni non possono essere corrette in causa dell'indebolimento funzionale delle facoltà psichiche più elevate. D'onde viene che, per la debolezza della critica, che è propria

della malattia, le sensazioni vengono irresistibilmente svisate in idee deliranti presso la coscienza e che, per la grande eccitabilità dell'ideazione, e per la vivacità delle sensazioni che l'accompagnano, si arriva facilmente fino a raggiungere l'intensità di un'allucinazione.

Quest'impronta clinica l'offre in modo caratteristico la paranoia primitiva a fondo isterico:

1° Per l'apprezzamento costante delle sensazioni isteriche in modo da elevarle a corrispondenti concetti allegorici deliranti: (globo, chiodo, miodinie, neuralgie, paralgie, visceralgie, irritazione spinale nel senso di un'interpretazione persecutoria, per lo più in forma fisica, elettro-magnetica. Anestesie muscolari, creder di volare, senso di abnorme leggerezza, sensazioni di mancanza di organi, legate ad anestesie cutanee o viscerali, ecc.);

2° Per la frequenza di allucinazioni visive al contrario di quanto si ha nelle forme non isteriche della paranoia persecutoria (animali, morte, cadaveri ecc.);

3° Per la frequenza colla quale le idee deliranti si collegano agli stati episodici specifici dell'isterismo. Lo sviluppo della malattia si presenta spesso appunto a sbalzi in seguito a questi stati;

4° Per la prevalente compartecipazione della sfera sessuale. L'influenza di questa può rendersi direttamente valevole in via organica, in quanto che i processi irritativi dei genitali provocano nell'organo della coscienza deliri erotici (a colorito persecutorio od espansivo) e religiosi, o perchè quelli incontrano un apprezzamento cosciente in via allegorica.

Le sensazioni cerebro-spinali provocate per riflesso uterino, per lo più iperestesie e neuralgie, si apprezzano prevalentemente in senso persecutorio (magneto-elettrico). Le anomalie genitali sensibili sono apprezzate come gravidanza, come coito dolcissimo coll'amante o con persona divina, od anche talvolta come attentati al proprio onore sessuale.

Ebbero quest'origine evidentemente gli incubi ed i succubi dei tempi scorsi e le loro relazioni colla demonomania. Anche

oggi i lamenti delle paranoiche isteriche dei manicomi per gli attentati di ogni notte al loro pudore sono cose del tutto abituali. Per eccitamento riflesso dell'utero ai centri dell'ottico e dell'acustico, si osservano molteplici allucinazioni corrispondenti (voci ingiuriose e grate, visioni religiose ed oscene), ma in modo tutto speciale quelle dell'olfatto. Il contenuto di queste è quasi esclusivamente sgradevole (con tinta persecutoria), assai di rado gradevole (così nella paranoia religiosa, in forma di odor di fiori, di incenso, ecc.).

Coll'insorgere della paranoia, i fenomeni somatici più gravi dell'isterismo, specialmente le convulsioni, scompaiono.

Però degli stati estatici e persino catalettici si associano spesso al decorso della paranoia religiosa ed erotica. La malattia mostra tendenza alle lunghe remissioni e persino alle intermissioni. Nel periodo dell'acme della malattia, le esacerbazioni sono solite coincidere quasi regolarmente colle mestruazioni. La prognosi è infausta. Il bromuro di potassio e la morfina sono indicati per calmare le sensazioni provenienti dal sistema uterino e lo stato d'agitazione delle malate.

Osservazione LXI.

Paranoia originaria a fondo isterico.

Trasformazione attraverso uno stato delirante isterico.

Maria Wischnitzky, 42 anni, nubile, padre bevitore e madre molto irascibile, la quale più volte fu pazza. Molti suoi fratelli morirono sotto le convulsioni. Fu trovata nelle vicinanze di Graz in una grotta dove erasi ridotta perchè nessuno l'apprezzava e la riconosceva per quella che era.

Fin da bambina fu neuropatica e soffrì di cefalea. Le parve di non esser trattata come gli altri fratelli e di esser trascurata dai genitori. A 3 anni e mezzo un bel signore che passava per la via le chiese per scherzo se volesse essere la sua figlia. Ciò produsse in lei una grande impressione. Tornata a casa fu percossa dalla madre e ne ebbe ammaccato il naso, in modo da renderla irriconoscibile. Essa allora si pentì assai di non essere andata con quel signore, divenne stizzosa, irrequieta e parlava di finir la vita nell'acqua. Le mestruazioni sarebbero apparse ad 8 anni, poi si sarebbero fermate

per 2 anni ed in seguito sarebbero sempre state irregolari ed accompagnate a dolori sacrali. Al primo apparire di esse ebbe uno speciale stordimento con ansia, sonnolenza ed ottusità mentale. Andando a scuola conobbe una famiglia di forestieri che faceva villeggiatura in estate. La signora era molto benevola verso di lei e le faceva spesso dei regali. Si sentì attratta verso di lei e cominciò a credere che quella fosse la sua propria madre.

A 33 anni cominciò la malattia propriamente detta. Soffrì d'isterismo (globo, iperestesie), poi cominciò ad accorgersi che si parlava confusamente, che tutta la gente l'osservava e si avanzava contro di lei minacciosa ed ostile. Si tentava anche di avvelenarla. Si accorse e si lagnò che il suo ventre era aumentato in volume (meteorismo isterico). A 34 anni le fu fatto conoscere (allucinazione) che i suoi attuali genitori non erano i veri; li chiamò d'allora in poi genitori di latte. Già da lungo tempo l'aveva colpita la sua dissimiglianza dagli altri fratelli, ora le appariva chiaro perchè in ogni tempo fosse stata trattata male in famiglia. Le venne di poi fatto sapere che i suoi genitori, fin da quando essa aveva un anno, le erano stati rapiti da una banda di giudei. Essa aveva conosciuta più tardi questa banda coll'odorato. In principio della malattia è evidente uno stato delirante isterico, il quale passò nell'ulteriore stato delirante. Narra che 8 anni avanti stette in un mare di fiamme e poi in una tomba. Sentì l'odor dei cadaveri. Come venne in sè da uno stato letargico, sentì che qualcuno le chiedeva se fosse viva o morta. Lei si dichiarò viva. Poi sentì di nuovo una voce che le diceva che lei doveva essere incoronata, le parve di poi che la si dovesse avvelenare per tener nascosta la sua origine.

In un altro accesso di alterazione psichica sentì una volta una voce che mandava la maledizione contro lei e la sua arciducale famiglia. In un altro periodo delirante le si offerse di maritarsi, anzi si maritò: non vide alcuno alla cerimonia, ma però sentì tutto. La si fece montare in letto e dovette dir sì una volta a un certo W., e due volte all'imperatore. Anche nei giornali lesse questo fatto, comunque abitualmente vedesse nero davanti a sè; ma una volta che le venne fatto di leggere bene vide ciò stampato nel giornale a lettere d'oro. Durante il suo sonno isterico ed il suo stato di morte apparente sarebbe anche stata sorpresa ed ingravidata.

Essa ha avuto un parto (a tutti noto), due aborti e tre parti segreti. Questi ultimi sono da porsi in dubbio. Lei è stata trasformata fin da bambina; fu specialmente la sua tirannica madre addottiva che la deformò e guastò, che le ritorse la punta del naso affinchè non assomigliasse alla sua vera e nobile madre. Ora ha la vista libera, dorme anche ma non di un sonno ristoratore. Fino a questi ultimi tempi è stata perseguitata, benchè dovesse essere la prima donna di Graz. Ha trovato tutte le analogie con quella donna che è la sua vera e nobile madre, che l'ha chiamata col

nome di « Vollmond Glad Sultan » e le ha detto che è regina. Anche ora si sente una corona sul capo, la quale le vien sempre contrastata dai suoi persecutori

La malata è di media statura, di cranio brachicefalico, la radice del naso è larga e profonda L'orecchio destro è più piccolo del sinistro. Soffre di molti disturbi isterici, i quali si manifestano specialmente nel tempo delle mestruazioni. Assume sempre un contegno riservato, vive totalmente nelle sue romanzesche idee di persecuzione e grandezza. Il quadro morboso si mantiene completamente stazionario.

Osservazione LXII.

Paranoia isterica. (Sensazioni).

Hlatky, 39 anni, vedova di un impiegato, ammessa il 7, 10, 75, non è disposta ereditariamente. A 15 anni, al giungere della pubertà, divenne clorotica ed isterica. Le tracce della neurosi isterica si possono riscontrare in tutta la sua vita ulteriore. Era maritata, non concepì mai; 3 anni fa si fece cupa, preoccupata e delirante nel senso di credersi calunniata e malvista. Nascose il suo denaro, ma ciò nonostante trovò mancanti denari e valori, comunque li guardasse accuratamente. Poi trovò il veleno nei cibi, che l'aveva resa insensibile (anestesia temporanea . Ando da una casa all altra; visse sempre in lite coi coinquilini, ai quali attribuiva le sue persecuzioni. Da due anni apparvero delle sensazioni isteriche e delle allucinazioni, la cui localizzazione ed il cui contenuto parlavano notevolmente per un sovreccitamento nel sistema genitale.

Si sentiva dar della bagascia, le si facevano proposte oscene, lo si succhiava la forza dalla vagina e dall'ano. È interessante specialmente il modo col quale essa esprime le sue sensazioni, in parte per mezzo di neologismi. Tutti questi martirii sono eseguiti da una potenza misteriosa che essa chiama *zeif*. Le modalità delle sue sensazioni le esprime formando una parola composta che ha sempre per desinenza zeif e per radice le parole che esprimono i diversi organi (gola, fegato, stomaco).

Fra le sensazioni più moleste vi ha il succhiamento della di lei forza per l'ano, il sacro e la vagina La si sugge solo di tanto in tanto, ma così a lungo da rimanere sbalordita, come ubbriaca e priva della vista. L'ano suo è completamente rotto.

Dalla vagina si succhia soltanto da poi che fu esplorata dal medico. Questa sensazione di succhiamento è assai sgradevole. Anche quando non è succhiata prova sempre una certa addolorabilità ai genitali.

Le vengono rubati i pensieri dal capo e ciò riesce facile perchè la sua testa è aperta da tutti i lati; quando è succhiata per la vagina risente al capo uno stiramento doloroso, finchè rimane sbalordita affatto. Così spesso le infermiere le succhiano i suoi umori per andarli a consumare nei bordelli della città.

È succhiata, aspirata da tutte le parti, le si taglia il cuore in pezzi (cardiopalmo); le si fa girare il capo da un lato all'altro (flussione) e le si cava il cervello pel naso (sternuti accidentali). La si taglia, la si punge, la si trafora nel petto e altrove (neuralgie intercostali).

Le si rubano i pensieri; il suo cervello vien utilizzato a far pensare delle altre persone.

Una sensazione assai molesta per lei è il formicolio al dorso, il quale comincia dall'occipite, nei capelli, e va fino all'ano. Risente anche dei tremori e degli scuotimenti per tutto il corpo, allora essa è attraversata dallo zeif. Talvolta la si fa anche morire per del tempo in una metà del corpo; ha dei gamberi in corpo che girano dovunque.

Accanto a queste sensazioni (isteriche), che vengono interpretate in modo paranoico, trovansi anche delle allucinazioni che negli ultimi anni vanno sempre più assumendo un contenuto sessuale.

Sente delle voci che la sbeffeggiano sessualmente; il vicinato ha evidentemente una lingua e i denti di *zeif*. La malata sente anche in bocca di altri tutti i suoi pensieri. È derisa come una gran prostituta, le infermiere credono che essa sia gravida di preti, ecc. Si fa con lei il giuoco delle ombre; di notte le si lavora in vagina; un vescovo di notte le sta sopra, mentre le tiene un fazzoletto in viso.

Non mancano poi le allucinazioni olfattive, puzze orribili.

Per reagire a questi tormenti, essa è quasi sempre in grande agitazione furiosa contro i vicini da cui dipendono tutti i suoi mali. Nell'epoca della mestruazione, in cui tutte le sue sensazioni s'aumentano, è agitata in modo speciale ed insonne. Soltanto di rado e per poco acconsente ad occuparsi. Il bromuro di potassio e le iniezioni di morfina hanno soltanto un esito temporaneo. Un attento esame, come base dell'isteria di alto grado nulla lascia osservare all'infuori di un catarro cronico utero-vaginale con molta escrezione, reperto che può avere una grande importanza etiologica. Un trattamento ginecologico non si potè istituire in alcuna guisa.

Osservazione LXIII.

Degenerazione psichica progressiva in soggetto costituzionalmente isterico.

Elisa B., figlia di un impiegato, nubile, 27 anni, deriva da madre neuropatica e da padre ipocondriaco. Lo zio e la zia del padre erano pazzi. Una sorella della malata presentò nella pubertà dei segni d'alienazione mentale, un fratello soffre di pazzia morale. Fin dalla prima gioventù si dimostrò neuropatica, facile a commoversi, delicata, scrupolosa, ma tuttavia fisicamente ben costituita.

Fin dal 13° anno si sviluppò in base alla costituzione neuropatica uno stato nervoso grave, il quale andò sempre più accentuandosi fino a raggiungere i caratteri di una neurosi isterica grave che, fra psicopatici e neuropatici arrivarono a costituire un durevole disturbo psichico con rapido decadimento mentale. Anzitutto apparvero delle nevralgie nelle vie occipito-intercostali ed ai nervi delle estremità, con fenomeni di scadimento nella nutrizione, anemia e diverse affezioni scrofolose. Oltre a ciò umore depresso e piagnistei senza motivo. Nel 16° anno si sviluppò il quadro di una neurastenia classica cerebro spinale, la quale al sopraggiungere delle mestruazioni, 17° anno, aumentò considerevolmente e specialmente in coincidenza delle mestruazioni, che furono sempre regolari per tempo, ma profuse e dolorose. A 18 anni apparvero i veri sintomi isterici (globo, chiodo, miodinie). A 20 anni, dietro influenza di sventure domestiche e di ristrettezze finanziarie, l'isterismo aumentò in modo considerevole. La malata rimase in letto tre quarti dell'anno ed ebbe letargo, fenomeni convulsivi di pianto e di riso, convulsioni, vertigini, parossismi estatici. D'allora in poi la malata non si rialzò più. Non poteva occuparsi per mesi interi e conduceva una esistenza penosa e vegetativa. In forma d'accessi si produssero ancora delle convulsioni isteriche e degli stati estatici visionàri.

Dopo la morte della madre (18, 2. 66), che la abbattè molto mentalmente e psichicamente, divenne insonne, agitata. Ora in preda a profonda e sfrenata agitazione melanconica, ora a torpore doloroso, lasciava osservare fame canina e voglie strane. Dopo pochi giorni si ebbero degli stati estatico-visionari. Essa vide chiaramente la madre, la sentì profetizzare che la famiglia stava per godere una gran felicità; essa sentiva il suo corpo sollevato e ringiovanito. Poi si sentì circondata di nuovo da spiriti maligni. Fece scongiuri, ebbe accessi di ansia, nei quali tentò il suicidio. Di tratto in tratto vedeva la madre, che l'incoraggiava a continuare la lotta contro le potenze infernali. Alla sua ammissione (17, 3, 66) era in

uno stato d'esaltamento e parlava del buon Gesù e della sua beata madre. Occhio pazzesco, splendente, cranio piccolo, brachicefalo, alito scrofoloso, anemia profonda.

L'esaltamento religioso si mescola spesso ad alcune tracce di eccitamento erotico ed aumenta transitoriamente fino all'estasi.

Dichiara che Dio è fortemente radicato in lei, di aver vinto Satana e i cattivi spiriti; le basta ora di richiamare semplicemente il nome di Dio per metterli tutti in fuga.

Episodicamente presenta degli accessi d'ansia, delle visioni di diavoli e delle lotte disperate colle potenze diaboliche. L'umore religioso-espansivo col senso di corrente magnetica, la sensazione di mistiche purificazioni, le estrinsecazioni profetiche, le idee di una missione mistica religiosa, le visioni celesti hanno sempre il sopravvento sul circolo delle idee demonomaniache.

L'ulteriore decorso fu molto proteiforme. Al contenuto religioso sessuale si mescolarono ora il delirio di avvelenamento, ora quello di persecuzione, la concentrazione sognereccia, gli stati d'esaltamento visionari ed estatici al loro più alto grado. Inoltre si osservarono anche i segni di un rapido decadimento mentale: contegno infantile, impulizia, smorfie, scatofagia, urinodipsia, futilità. Nei momenti lucidi apparvero di nuovo le traccie del delirio, con lamentanza per essere incapace di pensare, per aver gran confusione al capo. Il decadimento mentale divenne sempre più dimostrabile. Tracce di esaltamento religioso ed erotico, ruderi di idee deliranti sulla grazia divina furono i sintomi predominanti nel quadro dell'indebolimento mentale.

Nel marzo 1867 ricadde di nuovo in uno stato di eccitamento melanconico di più settimane con allucinazioni moleste, idee deliranti terrifiche, di esser sepolta viva, *tædium vitæ*, senso di abnorme peso in corpo che si esprimevano allegoricamente colle idee di essere un muro o un monte vivente. Attraverso ad uno stato di doloroso nihilismo, cadde in demenza completa. Questa si palesò anche esternamente colla fisonomia stupida e quasi bestiale.

Stava tutto il giorno nei cantucci, errava smarrita, prediligeva i luoghi pieni d'immondizie, rideva stupidamente e, se interrogata, non dava risposta o ne dava una imbrogliata od infantile.

Alla fine di settembre 1868 fu passata in un ospedale comune.

CAPITOLO VIII

Pazzia ipocondriaca (1).

La questione controversa se l'ipocondria sia da annoverarsi fra le neurosi o le psicosi, deve essere risolta nel senso di quest'ultima opinione. Riguardo alla classificazione dell'ipocondria fra le diverse psicosi esiste una gran varietà di idee. Griesinger la considerava come una forma mite di melanconia. Infatti nell'ipocondriaco si riscontrano il dolore psichico e i fenomeni d'arresto, ma essi non sono primitivi, bensì fenomeni successivi, reazioni alle sensazioni moleste diffuse, alle paralgie, ecc., ed alle idee deliranti che vi si connettono, che analogamente alle idee fisse impegnano tutto il campo psichico e costringono il malato a non occuparsi che delle disturbate funzioni del proprio corpo.

Questa tendenza forzata si spiega in parte per l'influenza fisiologica esercitata dalle attitudini del senso corporeo (sensibilità generale) sull'umore e sulle idee, in parte pel contenuto delle idee che occupano la coscienza, in quanto che alludono sempre ad una malattia, ad un pericolo dell'esistenza vitale. In complesso la ipocondria si può dichiarare una neurosi sensitiva, (neurosi della sensibilità generale), con partecipazione reattiva, giammai mancante, della sfera psichica.

Se la coscienza per un dato tempo non è più occupata dai disturbi della sensibilità generale, per una remissione della neurosi, in allora mancheranno i fenomeni d'arresto e le disposizioni anomale dell'animo.

La ipocondria si distingue dalla melanconia ipocondriaca per ciò che in questa la disposizione d'animo che esiste primitiva-

(1) Letteratura: v. *Jolly nel Ziemssen's Handb.*, suppl. Bd., 1878, (con accurato rendiconto della letteratura sull'argomento).

mente (con delirio eventuale di piccolezza e di peccaminosità) e l'arresto, si accompagnano ad un sentimento generale profondamente turbato (abitualmente in base a malattie corporee causali o concomitanti) il quale fornisce un tentativo di spiegazione della disposizione morbosa e dell'arresto.

La neuro-psicosi ipocondriaca.

Fra i fenomeni elementari più importanti del quadro morboso dell'ipocondria si osserva una facilitata capacità di appercezione dell'organo psichico, in grazia del quale gli eccitamenti (spesso causali) nei nervi degli altri organi (per lo più malati) divengono notevolmente coscienti. Nello stesso tempo essi si accompagnano a senso di dispiacere e ad affetti (iperestesia psichica).

La coscienza davanti a queste sensazioni moleste non è soltanto penosamente impressionata e totalmente preoccupata fino all'arresto dei sentimenti e delle idee di ordine diverso, ma è indotta ad interpretazioni di quelle, che, a seconda dell'individualità e dello stato di coscienza, come pure del grado della sofferenza corporea, oscillano dalle idee di gravi malattie alle più assurde interpretazioni delle sensazioni che realmente esistono.

Nella sua tendenza ad allegorizzare di continuo, ad interpretare le sensazioni nel modo il più assurdo, spiegabile per lo stato d'arresto che involge l'ideazione e il processo della critica, l'ipocondriaco assomiglia al paranoico primario. Non è ingiustificato, in base a questi fatti, il denominare l'ipocondria una forma mite di paranoia, vale a dire avente una base nella realtà del mondo esterno. Infatti colpiscono i frequenti passaggi dell'ipocondria a certi stati di paranoia ipocondriaca. Nell'acme dell'ipocondria le idee riprodotte sono anche accompagnate da sentimenti vivaci e persino da affetti e allora si sviluppa un'iperestesia sensoriale risvegliata da sensazioni (allucinazioni della sensibilità generale) conformi alle idee. La conseguenza del processo d'arresto, per l'influenza che esercita progressivamente sulla coscienza, si manifesta in tutte le direzioni sulla vita psi-

chica. Specialmente nel campo dell'intelligenza, questa è colpita, di modo che le allegorie e le interpretazioni delle sensazioni divengono sempre più assurde. Nella sfera delle idee e dei sentimenti si arriva per via dell'arresto, dai sentimenti gai ad una anestesia psichica priva di ogni conforto, che colpisce anche le percezioni sensitive. In causa dell'arresto delle idee e dei sentimenti etici, insieme allo stato sofferente dell'io, si arriva all'egoismo. La mancanza di tutte le idee etiche conduce al disamore di tutto e alla preoccupazione fissa su tutto il resto per ogni piccola sofferenza corporea. L'arresto di ogni capacità psichica funzionale si rende palese con una apatia desolante ed una sconfinata anenergia.

L'ipocondriaco ha soltanto un pensiero ed una tendenza, di trovar aiuto alle sue supposte terribili sofferenze. Con questa convinzione, consulta medici sopra medici, inghiotte medicine su medicine, consulta tutte le farmacopee, si picca di essere un po' medico, ricorre all'omeopatia, alla ciarlataneria, ai rimedi secreti, ma invano. Coll'iperestesia che cresce e si diffonde su tutte le vie sensitive, i suoi disturbi aumentano, la sua fantasia morbosa ed eccitata gli presenta il quadro di una malattia spaventevole, che reca per l'appunto nocumento alla salute fisica e provoca delle sensazioni speciali. Nell'acme delle sue sofferenze non può occuparsi d'altro che della sua salute, guarda fra gli escrementi se vi sono dei vermi, scopre nelle papille della lingua i noduli del cancro, negli sputi i tubercoli, nel sedimento dell'urina la esistenza della pietra in vescica. Innocenti efflorescenze cutanee sono prova della sifilide, la palpitazione è segno di una minacciante paralisi di cuore; i disturbi neurastenici parlano per la tabe, il peso e il dolore al capo significano senza dubbio che sta per soppraggiungere il rammollimento del cervello, ecc. Il malato è in continuo eccitamento emozionale, emette i suoi lagni per la prossima morte spaventevole. Come complicazione si hanno talvolta dei sentimenti spontanei di ansia. Questi possono aumentarsi fino al *raptus* e condurre al suicidio.

Fra i disturbi neurotici in parte legati all'ipocondria, in parte concomitanti, si hanno le iperestesie, le neuralgie, le parestesie ed occasionalmente anche le anestesie dei nervi sensitivi spinali, cerebrali e simpatici, le iperestesie degli organi di senso ed episodicamente anche le allucinazioni, ma più specialmente e frequentemente si ha il complesso sintomatico della neurastenia cerebrale e spinale.

Anche i disturbi motori, (spasmi riflessi, respiratorii, globo), vasomotori e secretori non sono rari.

L'ipocondria è una malattia assai frequente massime negli uomini. Occasionalmente ed in forma mite essa può colpire ogni individuo la cui attitudine sensitiva sia turbata da un malessere corporeo; ma questi casi sono privi d'importanza in confronto a quelli in cui essa costituisce una neurosi costituzionale che prende le sue mosse per lo più da una degenerazione ereditaria, che si manifesta prima della pubertà od anche nella fanciullezza, accompagna l'individuo nel corso della sua esistenza ed è risvegliata da tutte le possibili cause organiche (fasi biologiche della vita, malattie croniche dello stomaco e degli intestini, affezioni del fegato e del cuore, degli organi sessuali ed orinarii, anche di poca entità, neurastenia, ecc.), o psichiche (noia, vita da pensionati, rapporti con altri ipocondriaci, lettura di certi scritti popolari di medicina, epidemie, ecc.). Come tutte le neurosi, l'ipocondria mostra un decorso che si alterna fra esacerbazioni, e remissioni riferibili ai diversi momenti interni ed esterni.

Quando non è degenerativa, l'ipocondria è una forma morbosa per lo più transitoria, che finisce in guarigione dopo aver durato delle settimane od un mese. L'ipocondria costituzionale presenta soltanto delle intermissioni e non di rado passa agli stadi più gravi di una psicosi degenerativa.

Non sono a confondersi coll'ipocondria, forma morbosa e neurosi indipendente, quei casi in cui essa si manifesta come episodio nel decorso delle gravi malattie del cervello (demenza paralitica).

Nel campo della terapia è avanti tutto da tenersi per fermo che l'ipocondria è sempre una malattia corporea, la quale presenta le sue indicazioni e si presta al relativo trattamento. Contro questo fatto si pecca spesso, giacchè si ritiene per lo più che l'ipocondriaco sia un malato immaginario. Rigorosamente non si ha a che fare con malati immaginari, ma soltanto con malati, i quali da date condizioni obbiettive ritraggono un sentimento morboso non corrispondente (iperestesia) e si mostrano perciò egoisti e sfiduciati di guarire dei loro mali.

Le sensazioni dell'ipocondriaco non sono puri parti della fantasia e così pure i loro deliri non sono esenti da un fondo somatico, come avviene in molti altri disturbi psichici; soltanto l'interpretazione è pazzesca, assurda.

Il trattamento dell'ipocondria deve essere psichico e somatico insieme. Il primo deve mirare a calmare il malato iperestesico, a incoraggiarlo e distrarlo.

Condizione fondamentale del trattamento psichico si è che il medico si guadagni la fiducia del malato. Partecipando e interessandosi ai disturbi del malato, facendo accurati esami somatici si cerchi adunque di procacciarla. Una volta avuta questa fiducia, si può governare il malato ed anche imporgli. La precisione e la correttezza nei discorsi, le preghiere, la logica più filata per combattere i suoi errori non avrebbero di per sè, come nel paranoico, alcuna influenza.

Estremamente efficace riesce la distrazione per mezzo di un regime di vita ordinato. Ammalano, a questo proposito, molti uomini quando da una vita ordinata passano ad una scioperata. Il regime ordinato non deve però essere in alcun modo restrittivo alla mente ed al corpo, nè puramente meccanico, metodico e noioso. Sono assai utili i piccoli viaggi, le cure ai bagni, la ginnastica, le cavalcate. Nell'acme della malattia con iperestesia generale, è necessaria la calma e persino il riposo in letto.

Rientrano nelle indicazioni psichiche anche le prescrizioni mediche. Senza medicine l'ipocondriaco non si ritiene curato. Se non esistono indicazioni somatiche per dei medicamenti, se

ne diano dei fittizi, non per curare il malato, ma per contentarlo.

Il punto di partenza del trattamento somatico è fornito dalle malattie corporee causali o concomitanti (affezioni gastro-enteriche e sessuali, neurastenia), la cui terapia è regolata dai precetti della patologia speciale, sempre però tenendo esatto conto della costituzione individuale e delle occorrenze psichiche.

Una grande difficoltà per l'esito della cura presentano le condizioni psichiche abnormi del malato. Le cure debilitanti, la prolungata amministrazione di sali, la continuata ed esauriente cura di Carlsbad, non sono in genere tollerabili dalla costituzione e dallo stato nervoso (debolezza irritabile, neurastenia) dell'ipocondriaco.

In genere l'idro e l'elettroterapia, le cure climatiche, i bagni di mare, l'igiene, le prescrizioni toniche, la buona dieta producono migliori effetti.

Sintomaticamente possono amministrarsi in via transitoria dei mezzi sedativi, massime contro l'iperestesia di alto grado, l'insonnio e gli accessi d'ansia. In prima linea sono da annoverarsi i preparati bromici e cianici; i quali in genere sono meglio tollerabili degli oppiati.

Stati d'indebolimento mentale e paranoia di natura ipocondriaca.

Come esito o stadio successivo dell'ipocondria grave, per lo più costituzionale, non sono rari l'indebolimento mentale e la paranoia. Gli stati d'indebolimento psichico ipocondriaco non devono essere confusi colla forma ipocondriaca della demenza paralitica. Quelli non arrivano mai alla demenza completa. Il malato è in preda ad una profonda apatia ed abulia, che soltanto in via accidentale possono risvegliare transitoriamente un sentimento d'ansia. Gli affetti cessano e scompare la fiducia di trovar più aiuto alle proprie sofferenze. Il suo interesse pel mondo esterno, per la vita passata è spento. Egli perde l'ultimo avanzo dei riguardi estetici ed altruistici, diventa sudicio, non

avverte più i bisogni della sua esistenza corporea, si interessa meno del suo stato fisico, prende abitudini grulle, diventa infantile nel contegno e negli affetti, è sempre sciocco nell'interpretazione e nella descrizione delle sue sofferenze. Col tempo i tratti del viso appassiscono e il corpo cade in preda ad un marasmo, al quale partecipa evidentemente e prevalentemente anche il cervello *(senium præcox)*.

Osservazione LXIV.

Indebolimento mentale da ipocondria.

J., medico, marito ad una donna isterica da molti anni, deriva da famiglia tocca dalla pazzia. Fu sempre di un carattere eccentrico, irritabile, intollerante e propenso all'ipocondria. Per la malattia della moglie e per la sua faticosa occupazione in un villaggio di montagna, ebbe a soffrire molti disturbi. La moglie malata e la concorrenza fattagli nella professione danneggiarono molto i suoi introiti. Ai primi del 1879 fu preso da un catarro gastro-enterico cronico. Divenne insonne, disposto all'ipocondria, e vedendosi denutrire considerevolmente fu preso da un accesso d'ansia, durante il quale commise un tentativo di suicidio.

L'8 agosto 79 si presentò in clinica psichiatrica per esservi ammesso. Pannicolo adiposo deficientissimo, colorito giallo-grigio, anemia, catarro gastro-enterico cronico, segni di incipiente degenerazione grassa del cuore, polso tardo, fenomeni di senilità (gerontoxon, arterie rigide) costituirono il reperto somatico. Psichicamente si osservò il quadro di una grave ipocondria; si lagnava che il sentimento e l'anima sua fossero completamente paralizzati, talchè si sentiva vuoto psichicamente e piagnucolava come un bimbo, allegando che per lui non vi era più via di scampo. Oltre a ciò insonnio, disturbi catarrali allo stomaco e agli intestini, cefalea, sensazione di aver la testa grande come una zucca, paralgie (senso di vermi od altri animali sotto la pelle), sensazione di una palla di piombo nel corpo, di aver l'intestino ferito, di bruciare, ecc.

Dopo aver mangiato ed anche nella notte soffre di ansia precordiale. Crede di essere in fine di vita e chiede che si telegrafi ai parenti. In queste crisi ha globo, spasmi respiratorii, sudori; si lamenta di crampi alle mani ed ai piedi. Alle volte in questi accessi d'ansia vede l'angelo della morte che lo vuol trarre con sè. Teme di essere abbandonato da tutti, si dispera e grida aiuto disperatamente.

Il suo stato si agita fra remissioni ed esacerbazioni. Queste ultime coincidono sempre coll'aumento dei disturbi intestinali, colla sitofobia e colla bulimia che appaiono a periodi; talvolta vengono anche dopo aver fumato, al qual vizio si abbandona spesso nonostante il divieto. Inutilmente si amministra quanto forniscono la cucina e la farmacia per mitigare i suoi disturbi e massime quelli più direttamente legati allo stato gastro-enterico. Negli stati di eccitamento ansioso si amministrano gli oppiati, l'acqua di lauroceraso, il bromuro di sodio, si fanno bagni. Per poco si migliorò lo stato corporeo e psichico con una dieta lattea rigorosa e coll'assoluta astensione dal fumare, ma il malato ruppe di nuovo le prescrizioni dietetiche ed ebbe altre esacerbazioni. In seguito parlò sempre delle sue sensazioni e si lagnò, come una donna isterica, di un esercito di dolori. Non ha una goccia di sangue sano (dice), nessun organo sano, egli si è ischeletrito, le sue carni sono cadute, non la può durar più a lungo, il suo cuore è vicino a rompersi, gli sembra che dei vermi si aggirino nel cervello. Le sue forze sono diminuite, ha segni di anemia al cervello, marasmo; le sensazioni morbose si cambiano ad ogni istante: ansia, timore, tristezza, oppressione. Egli (dice) non ha più idee, non può più scrivere una lettera, i suoi nervi sono irritatissimi, egli non ha più forza vitale e cammina galoppando verso la morte. Egli invoca la morte per togliersi da questo martirio, ma non ha l'energia di togliersi la vita e prega per essere narcotizzato.

Il punto di partenza ed il nucleo delle sue sensazioni dolorose si aggirano intorno alle funzioni gastro-enteriche abnormi.

Il malato soffre di iperestesia in tutto il canale digerente ed avverte tutto il processo della peristalsi e della formazione delle feci. Gli sembra di avere il cervello nella pancia e l'intestino nel cervello. Prova continuamente un senso di ferite e di bruciore negli intestini. Di qui il dolore sale al cuore e da quest'organo al cervello. Gli sembra che una mano di piombo prema su quest'organo.

Se le evacuazioni ritardano un po', ha la sensazione di una spaventevole atonia. Sente come una fascia intorno al cuore, che gli sembra debba arrestarsi.

Nel corso del 1880 si occupò sempre più dei suoi disturbi, divenne indifferente al mondo esterno e al destino dei suoi congiunti. L'interessamento che prima aveva per le cose della sua professione scomparve, non cercò più giornali, nè letture; egli si occupò solo del cuore, del polso, della lingua, delle feci, dell'urina e riconobbe in tutto ciò i segni di una prossima fine.

Alla fine del 1880, ai sintomi di un progressivo indebolimento mentale si aggiunse un aspetto triste, un contegno da vittima priva di speranze,

con affetti infantili, e tutto ciò in connessione ad un notevole marasmo. La ciera è abbattuta, stupida, il malato si lamenta monotonamente di un'atrofia generale; presenta diminuzione del peso, atonia e induramento di basso ventre. Non si conferma il sospetto emesso da principio, che potesse trattarsi di una forma ipocondriaca della demenza paralitica.

Fu segnalato soltanto nel corso del 1880 una durevole dilatazione della pupilla. Quando io lo vidi per l'ultima volta alla fine d'ottobre, presentava il quadro semplice di uno stato d'indebolimento mentale ipocondriaco, il quale era occasionalmente accompagnato, ad es. per un ritardo nella defecazione, da violente sensazioni ansiose fino alla disperazione.

Al principio del 1881, in preda a un accesso d'ansia, di questo genere pose termine ai suoi giorni; ruppe con una scarpa i così detti vetri infrangibili della finestra e con una scheggia si fece alcune ferite, per le quali morì in seguito ad emorragia.

Altro esito possibile dell'ipocondria è la paranoia (ipocondriaca).

Mentre nella cerchia dell'ipocondria semplice le sensazioni anormale sono elaborate ancora logicamente ed il malato crede a delle malattie obbiettive e possibili, nella paranoia ipocondriaca avviene non di rado che egli perda i rimasugli della sua assennatezza e giunga ad idee del tutto assurde e ad interpretazioni fisicamente impossibili delle sue sensazioni. La facilità colla quale le sensazioni passano in idee di carattere delirante e colla quale le idee risvegliano nuove sensazioni, presta un valido aiuto a questa forma semplice di paranoia ipocondriaca. Le allucinazioni rinforzano sempre più l'edifizio delirante. I passaggi dalla forma d'ipocondria più o meno ragionante a quella in esame sono ad ogni modo facili.

In altri casi per la diminuita critica dei malati, la paranoia ipocondriaca trova la sua origine in ciò che le sensazioni vengono obbiettivate nel mondo esterno ed attribuite ad influenze ostili di questo (forma persecutoria).

Anche qui l'ulteriore manifestazione sotto forma di paranoia primaria persecutoria riceve un sostegno valido dalle allucinazioni.

Osservazione LXV.

Paranoia ipocondriaca.

Castillon, magnano, 51 anni, celibe, apparentemente non disposto per eredità, di indole pazzesca, superstizioso, sofferente di sonnambulismo fin da fanciullo, irritabile, masturbatore. Sette anni fa perdè tutti i denari risparmiati in seguito ad un fallimento bancario.

Divenne insonne, ipocondriaco; soffriva di stitichezza e credeva che gli organi fossero logorati; occhio fisso, sensazioni paralgiche e neuralgiche. Manifestò le idee deliranti che questi disturbi fossero procurati artificialmente da altri. Era segnatamente un certo suo vicino sul quale si fondavano i sospetti in proposito. Delle voci confermavano questi sospetti. Chiamò il vicino, si lagnò con lui, ma questi negò. Il malato acquistò sempre la convinzione di essere vittima di un invisibile persecutore e l'interpretazione delle sue sensazioni morbose divenne sempre più paranoica. Persino le sensazioni fisiologiche si imponevano come fatti artificiali.

Lo stato presente al 7° anno di malattia dà che il malato rimane in un angolo della camera con ciera tristissima e tutto rattrapito. Egli non è punto demente, ma abulico e grandemente preoccupato delle sue sensazioni, alle quali presta una grande attenzione.

Di tempo in tempo lo sguardo diviene doloroso, il respiro difficile; combatte per aria i suoi invisibili, i quali gli son sempre contro Questi gli mettono dolori per tutto il corpo: quando i granchi di mare ballano nel suo cervello allora risente dolore e l'acqua gli stilla fuori dal naso. Due anni fa abortì un piccolo granchio per l'ano. Si trovò anche un serpente in letto. Col calorico e l'elettricità gli si tolgono i pensieri. Quando porta il cucchiaio alla bocca, gli sembra di toccar qualche cosa di sporco. Talvolta il suo persecutore gli si attacca alle dita. Volendo un giorno segare, il braccio gli divenne rigido e gli parve che una corrente passasse dalla sega al braccio. Leggere non può perchè gli occhi minacciano di uscirgli fuori. Egli si aiuta tirandosi i capelli e pizzicandosi la pelle della pancia contro le sue sensazioni e trova che ciò gli riesce giovevole. È privo completamente di affetti. L'opera sua giornaliera è assorbita dalla reazione contro i suoi mali.

Somaticamente è decrepito. Sembra molto più vecchio di quello che realmente sia ed offre dei segni di senilità. Non si osservano abnormità della sensibilità cutanea, nè punti neuralgici, talchè come avviene comunemente in questi malati, bisogna ammettere una sorgente d'origine centrale delle sue sensazioni eccentriche. Le funzioni vegetative non mostrano anomalie di sorta.

Paranoia masturbatoria.

Fra le sottospecie della paranoia ipocondriaca persecutoria dobbiamo annoverare la masturbatoria. Questa si distingue dalle altre forme di paranoia per il suo fondo neurastenico, in quanto che i fenomeni della neurastenia e dell'irritazione spinale, con dose maggiore o minore di corrispondente apprezzamento ipocondriaco, (timor della tabe, della pazzia, del rammollimento cerebrale) costituiscono lo stadio d'incubazione, accompagnano il quadro morboso, finchè subentra un'interpretazione delirante dei disturbi sensitivi (paralgici), nel senso di una persecuzione fisica (magneto-elettrica) con allucinazioni olfattive, accessi di ansia e fenomeni epilettoidi, come di frequente si osserva nei masturbatori degenerati.

L'esordio della paranoia masturbatoria è per lo più insignificante. L'incertezza psichica propria dei masturbatori, il sentimento penoso che ogni individuo riconosca in essi il loro vizio precede generalmente lo scoppio della malattia. Il malato si sente e si crede realmente osservato, segnato a dito, talvolta anche maleviso e perseguitato. Tutto acquista valore in lui: le parole e i gesti delle persone, gli affissi alle cantonate contengono insinuazioni pungenti e rivelazioni di malattia. Così aumenta l'incertezza psichica e la diffidenza. Le allucinazioni visive ed acustiche prestano ulteriore alimento all'esistente delirio e non di rado le allucinazioni olfattive fin dal principio vengono interpretate come fetore della propria putrefazione, conseguente a una schifosa malattia; e a ciò si connettono il presunto ribrezzo e i segni di nausea delle persone.

Dopo mesi od anche anni dall'incubazione, l'acme della malattia si raggiunge gradatamente o rapidamente. Sono specialmente delle voci a contenuto persecutorio che conducono ad esso. Il malato sente delle voci che gli dicono che è un cattivo soggetto, disprezzato dal mondo, dalla società. Il delirio di persecuzione guadagna ampio materiale in seguito ai molti disturbi neurastenici del malato. I disturbi dispeptici dopo il pasto

sono interpretati come attentati di veneficio. Sentimenti di arresto psichico si impongono al malato come tentativi ostili di togliergli la ragione e di mandarlo al manicomio. Il peso al capo, il senso di stordimento da causa vasomotoria, o hanno lo stesso significato, oppure sono connessi ad allucinazioni olfattive di cloroformio ed acido tannico, mezzi di un attentato. Si vorrebbe renderlo incosciente per derubarlo e comprometterlo.

Importanti in modo speciale sono le sensazioni neuralgico-paralgiche, come fenomeni eccentrici del soprastimolo funzionale delle vie sensitive spinali in seguito all'onanismo. Gli organi sensitivi iperestetici sono atti a percepire allucinatoriamente ogni più piccolo stimolo. Una quantità di anomalie sensitive nel campo della sensibilità cutanea, muscolare e generale offre alimento alle interpretazioni illogiche. Senso di peso, di immobilità, senso di grande leggerezza fino a credere di volare, di vuoto o di peso plumbeo dei visceri, di divisione dell'anima dal corpo, di corrente magnetica vengono in scena e si rivelano in via motoria coi fenomeni convulsivi locali e generali (catatonia) ed impongono alla coscienza del malato una spiegazione.

Con sorprendente uniformità queste sensazioni anomale sono interpretate dalle persone colte come influenze misteriosissime di macchine magnetiche ed elettriche messe in azione dai loro nemici, e dalle incolte come persecuzioni con simpatie, stregonerie, soffi di vapori venefici, avvelenamenti, ecc.

Non di rado sono interpretate in questo senso anche le neurosi locali dei genitali (*irritable testis,* neuralgia spermatica, iperestesia dell'uretra). I nemici masturbano i malati, fan loro avere le polluzioni, stirano o pungono loro i testicoli.

La malattia si alterna fra remissioni ed esacerbazioni. Queste ultime sono di regola collegate ai recenti eccessi masturbatorii e decorrono con frequenti allucinazioni, sensazioni, aumentata eccitabilità spinale riflessa, fino a giungere agli accessi tonico-clonici, catalettiformi, epilettoidi (per riflesso dal campo funzionale vasomotorio).

Il decorso ulteriore è quello stesso che si ha nelle altre forme della paranoia primaria persecutoria. Non di rado si giunge alla trasformazione in delirio grandioso. Più presto e più intensamente che nelle altre varietà etiologiche della paranoia insorgono sulla base masturbatoria gli stati d'indebolimento psichico. Terapeuticamente, i fenomeni della neurastenia e dell'irritatio spinalis parlano per un trattamento tonico (idro-elettro-terapia). La morfina ed il bromuro di potassio moderano le iperestesie, le paralgie, le allucinazioni, ed hanno in ogni caso un certo valore sintomatico.

Osservazione LXVI.

Paranoia masturbatoria.

Ingegnere D., 38 anni, deriva da genitori tubercolosi. Una sorella è nevropatica, un'altra imbecille. Fin dalla prima gioventù era dedito all'onanismo, ma tuttavia arrivò sano e attivo nei suoi lavori fino ai 36 anni. In quest'età cominciò ad ammalare: dimagramento, catarro bronchiale sospetto, disturbi nevrastenici. Una cura climatica migliorò d'assai il suo stato Ma appena tornato alle sue occupazioni i disturbi nevrastenici si fecero anche più imponenti e furono accompagnati da nevralgia testicolare e gastralgia con vomiti ostinati. Il malato divenne profondamente ipocondriaco, ritenendosi impotente, rivolgendosi dei rimproveri pel proprio onanismo, disperando della sua salute; è misantropo, irritabile.

In seguito si presentarono delle sensazioni tormentose. Avverte un fuoco elettrico in corpo, dal suo piede sinistro sale in su una corrente. Il suo letto viene isolato. Sente il suo corpo diviso in due metà, quando monta in carrozza riceve una sensazione tale come se lasciasse dietro di sè il suo corpo allo stato aereo. Oltre a ciò peso al capo, rumor d'orecchi, insonnia durevole. Una volta sentì questa voce: « io ti ho elettrizzato positivamente e negativamente ». Durante un viaggio di servizio ebbe ad un tratto la sensazione che il cibo dalla bocca gli sdrucciolasse sul piede sinistro. Di notte sentì questa voce: « in qual modo vuoi tu morire? » e credè giunta la sua ultima ora. Gli apparvero i suoi genitori morti e il suo medico di casa. Un'altra volta nel coricarsi vide molti fantasmi a lui estranei in mezzo a delle fiamme rosse. Udì delle voci imperative che gli dicevano di confessarsi e di mandar a prendere del muschio nella farmacia.

Essendo sdraiato in un sofà, si sentì dire che questo doveva essere il suo tavolo anatomico. Per la strada si sente dare dell'ipocrita, del bugiardo. Di notte in letto prova la sensazione di aver le mani e i piedi che abbruciano, gli pare che il pene gli venga strappato dal corpo. Gli pare di essere sezionato, che i suoi tessuti siano tolti dal corpo, che questo sia squartato in vari pezzi, di essere disossato. Si sente magnetizzato, col capo di metallo.

Dopo due anni di queste sofferenze, essendo aumentata la sua agitazione in seguito alle sue tormentose illusioni sensitive, fu necessario ricoverarlo nel manicomio. I disturbi sono molto aumentati. Egli è magnetizzato, elettrizzato; non ha più visceri, i medici gli fanno dei passi elettrici sul ventre, sente al dorso una proboscide d'elefante, il cibo gli cade nello scroto; è segato da una sega spirale, aspirato e svuotato per l'ombellico, dei corpi puntuti lo tormentano da tutti i lati, il suo letto oscilla sempre qua e là, macchine e coltelli penetrano sempre nel suo corpo, ha una quantità di ami di ferro in corpo, ha in corpo dei denti che lo dilaniano continuamente.

Contemporaneamente si nota una quantità di allucinazioni acustiche. Sotto le sue finestre si canta di lui, si sente dire che è incurabile, che deve essere sezionato, che è l'ebreo errante, che ha ucciso la moglie del medico. Le campane parlano di lui, rivelano i suoi vizi, i suoi pensieri, le oscenità, ò proclamato un uomo crudele, in ogni tocco di campana sente il suo nome. A tutte le sue parole si aggiunge la parola finale «bestia», riceve ordine di schiaffeggiare i vicini. L'orologio che suona gli dice: «tu sei un bancarottiere». Sopratutto sente delle voci ingiuriose che volano su di lui persino dal sole. Le influenze telegrafiche sono palesemente in giuoco. Sente degli escrementi umani cadere dal soffitto.

Anche le allucinazioni visive entrano nel quadro morboso. Egli vede dovunque degli spiriti, fin nell'interno del suo corpo. Vede il suo nome nell'aria, tutto è trasparente nella sua camera. Le farfalle di una raccolta entomologica gli volano davanti agli occhi, quando tenta di leggere le lettere gli sfuggono dalla finestra. Spesso queste visioni hanno anche un carattere osceno. Dei genitali volano qua e là per la camera, vede delle figure lascive nelle pareti. Nel caffè vide una volta una bella cameriera che a lui sorrideva.

Hanno un'importanza subordiuata le allucinazioni gustative e olfattive. Talvolta sente un sapore metallico nella bocca, massime quando è invaso dalle correnti magnetiche. Anche il cibo da quando a quando ha un sapore di veleno, puzza di vomito.

Nel frattempo il malato si va masturbando fortemente. Dopo ripetuti eccessi onanistici la sua eccitabilità sensitiva diviene così forte che ad ogni momento ha delle visioni. Un giorno in un cortile si sbatteva un

abito. Egli credè tosto che si trattasse di lui, sentì le battiture come a lui dirette. I forti eccessi sono anche seguiti da disturbi della sensibilità generale, con vivace delirio elettromagnetico correlativo. Sente allora l'avvicendarsi dell' elettricità positiva e negativa, come se fosse toccato con fili magnetici. Con questo mezzo gli si legge internamente. Egli si sente come tagliare il pene con un coltello. Polmoni, cervello, memoria per via telegrafica sono trasportati fuori dallo stabilimento e venduti ad altri. Queste sensazioni morbose, queste percezioni sono in parte attribuite all'opera di quelli che lo circondano e conducono ad esplosioni violente contro di essi, in parte non dànno luogo a riflessione. Col tempo l'intensità delle reazioni diminuì e diminuì anche la loro frequenza. Il decorso complessivo di questa malattia cerebrale, che si rivela specialmente colle allucinazioni, abbracciò un periodo di 12 anni. Il malato fin nei suoi ultimi anni di vita fu dedito all'onanismo e morì di tubercolosi.

CAPITOLO IX

Pazzia periodica (1).

Il fatto che la pazzia può rivelarsi con manifestazione periodica degli accessi è da gran tempo conosciuto. Esso parla per la ripetizione periodica di disturbi corrispondenti nell'organo psichico, alla cui comparsa questo addimostra una speciale disposizione.

È verosimile che questa disposizione consista in un'alterazione morbosa durevole dell'organo psichico, analoga alle alterazioni che sono base degli accessi epilettici. Per quest'opinione parla da una parte la circostanza che la pazzia periodica si sviluppa prevalentemente sul fondamento di una degenerazione organica, per lo più ereditaria o da gravi e durevoli influenze nocive sul cervello, come ad es. gli eccessi alcoolici, i traumi al capo, e si rivela finalmente con fenomeni degenerativi; d'altra parte quest'ipotesi è avvalorata da che, anche all'infuori dei parossismi, l'organo centrale non funziona in modo normale, ma è durevolmente affetto. Così soltanto si comprende come le influenze nocive del di fuori siano nulle o leggere, e come anzi per regola i processi funzionali corporei,

(1) Stahl, *De affectibus periodicis*, Halae, 1702; Medicus, *Geschichte der periodischen Krankheiten*, Carlsruhe, 1764; *Mémoires de la société méd. d'émulat. 1798* e *Traité medico-philosoph. sur l'aliénation mentale*, Paris, 1808; Baumgarten Crusius, *Periodologie*, Halle, 1836; Esquirol, *Art. Manie nel Diction. des sciences médicales et malad. ment.*, Paris, 1838, ii, p. 168; Koster, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 16; Schweig, *Untersuchungen über period. Vorgänge im gesunden und kranken Organismus*, Carlsruhe, 1843; Spielmann, *Diagnostik der Geisteskranken* p. 324; Flemming, *Pathologie* p. 262; Focke, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 5, H. 3; Dagonet, *Traité*, p. 109; Morel, *Traité*, p. 478; Kirn, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 26, p. 373; lo stesso, *Die period. Psychosen*, Stuttgart, 1878; Mendel, *Die Manie*, p. 73.

persino gli stadi fisiologici della vita (pubertà, mestruazioni, climaterio) bastino di per sè a far insorgere la pazzia periodica o a rinnovare gli accessi della medesima. Intorno alla natura anatomica delle alterazioni cerebrali che servono di base alla pazzia periodica, noi ne sappiamo così poco di positivo come intorno a quella dell'epilessia.

In via puramente funzionale si può sospettare uno stato di labile equilibrio, temporaneamente soggetto ad esagerarsi, ed un'eccitabilità aumentata nell' organo centrale, in base a che i processi irritativi intracerebrali o periferici e la somma degli stimoli provocano gli accessi periodicamente.

Anche sulla natura delle alterazioni cerebrali che servono di base ad ogni singolo accesso non possediamo che delle semplici ipotesi.

Mentre già Neftel in un caso da lui osservato di melanconia periodica ravvisò uno stato di spasmo vasomotorio in certe zone di corteccia, e pose quindi l'anemia come causa della melanconia e tentò con successo la galvanizzazione del simpatico cervicale, Meynert mise avanti la possibilità che possa trattarsi qui di alterate condizioni dei nervi vasomotori. Il citato autore opina che nella forma circolare della pazzia periodica, durante la fase melanconica del quadro morboso si abbia l'anemia cerebrale per spasmo vasomotorio e durante la fase maniaca l'iperemia cerebrale per l'accorrere del sangue nei vasi che cessano di esser contratti; crede quindi che la pazzia circolare sia da considerarsi come un disturbo d'innervazione, quando vasospastico, quando vasoparalitico, come una neurosi cerebrale vasomotoria.

Quest'ipotesi abbisogna ancora della conferma sfimografica. Le osservazioni fatte finora rivelano tuttavia l'intensa compartecipazione alla malattia dei nervi vasomotori, ma le qualità del polso spastico e paralitico non corrispondono per tempo perfettamente ai quadri morbosi melanconico e maniaco; cosichè l'ipotesi appare giustificata, se però le principali anomalie vasomotorie non sono quelle che dànno luogo ai disturbi psichici, ai fenomeni ad essi coordinati. Meno ancora l'oscillazione

nel peso del corpo trovata da Meyer nella pazzia circolare e combattuta da altri, parla in favore dell'ipotesi che questa forma morbosa sia una trofoneurosi del cervello.

Anche intorno allo stimolo dal quale scaturiscono i parossismi o le fasi della pazzia periodica, noi nulla sappiamo di positivo, almeno nei casi non idiopatici. L'etiologia deve rivolgere la sua principale attenzione al fatto, se il cervello è morbosamente organizzato o degenerato; se la soglia d'eccitabilità è così bassa, quegli stimoli interni od esterni, che in un cervello sano sarebbero rimasti senz'effetto, bastano qui, come pel cervello degli epilettici, a provocare l'accesso.

Nei tempi passati e veramente non solo in quelli di un Paracelso, ma fino ai nostri giorni, si è creduto di rinvenire la natura di questo stimolo nelle influenze atmosferiche. (Reil, Spurzheim, Gall, Forster, Guislain), segnatamente in quelle degli astri.

Nei casi di natura periferica (simpatica) gli stimoli che provocano gli accessi vengono prevalentemente dai nervi uterini (pubertà, mestruazioni).

Qualche cosa di più conosce la psichiatria sull'etiologia, il decorso e la sintomatologia di queste psicosi periodiche.

Il loro significato clinico prognostico, sotto specie di un fenomeno degenerativo, è stato per la prima volta chiaramente riconosciuto da Morel e giustamente apprezzato.

Il maggior numero di questi malati deriva da persone disposte e per lo più in via ereditaria. Soltanto di rado si trova mancante qualche difetto psichico in famiglia e la disposizione è acquisita per malattie cerebrali fetali o infantili con abnormità craniche, massime la microcefalia; ancor più raramente l'alterazione cerebrale consegue a un trauma al capo o ad un eccesso alcoolico.

Fra i sintomi propri alle forme periodiche di pazzia e fra quelli che valgono a differenziarle dalle forme non periodiche, dobbiamo annoverare:

1° La disposizione tipica nel decorso e nei sintomi dei singoli accessi. Kirn nella sua accurata monografia ha recente-

mente e giustamente fatto apprezzare questo fatto, che già Falret aveva rilevato (*malad. mentales*, p. 458 e 462). Codesta congruenza stereotipa si mostra fin dai prodromi, nel contenuto e nel dettaglio dei sintomi.

Però questa coordinazione tipica non si mantiene per tutta la durata della malattia, che abbraccia dei lunghi anni, e neppure per la durata di ogni singolo accesso. Riguardo al primo argomento è da osservarsi che la psicosi periodica si mostra talvolta dopo ripetute recidive con un quadro non conforme a quello morboso originario e che essa anche dopo molti anni di esistenza si altera nella sua sintomatologia sotto l'influenza di alterazioni cerebrali secondarie, divenendo ad es. più grave e assumendo dei fenomeni d'indebolimento psichico.

La congruenza stereotipa degli accessi si ha quindi soltanto per un certo tempo del decorso della malattia.

Anche la durata degli accessi è essenzialmente variabile, prescindendo dalla loro congruenza, poichè questi, in seguito a condizioni interne od esterne, possono decorrere abortivamente o protrarsi a lungo; sogliono protrarsi in conformità alla durata della malattia e a seconda della maggior durata dei singoli accessi mostrare una maggiore intensità nei sintomi;

2° La personalità complessiva dell'individuo, durante il parossismo, è mimicamente e psichicamente diversa da quella che è negli intervalli; si tratta di due personalità totalmente diverse;

3° Negli intervalli esistono dei fenomeni più o meno considerevoli di una malattia durevole del sistema nervoso centrale, talchè i singoli accessi, come quelli di una febbre intermittente o dell'epilessia, non segnano che il sintoma più saliente di una malattia durevolmente radicata. Questi sintomi intervallari sono molteplici ed individualmente diversi. Sono dei fenomeni squisiti di degenerazione funzionale che rientrano nel quadro della costituzione neuropatica o, in modo non definito, possono considerarsi come epifenomeni di una degenerazione neurosica (isterismo, epilessia), o sono i sintomi successivi ad alterazioni cerebrali secondarie venute pel ripetersi degli accessi (irritabi-

lità, indebolimento psichico, massime a fondo emotivo, ottusità affettiva), o sono le tracce di un accesso profondo (esaurimento psichico), i prodromi di un accesso vicino, o i fenomeni di un accesso abortito;

4° Le psicosi periodiche si manifestano presso a poco negli stessi periodi di tempo e spesso sotto condizioni interne od esterne presso a poco uguali. La durata dell'intervallo può abbracciare delle settimane, dei mesi e persino degli anni.

La giustezza di questa legge è soltanto in certo qual modo invalidata dalle condizioni esterne variabili che promuovono la comparsa dell'accesso o la ritardano;

5° Il quadro morboso si presenta prevalentemente con anomalie affettive, disturbi formali dell'ideazione ed atti morbosi correlativi, con disturbi poco palesi o mancanti nel contenuto delle idee (idee deliranti), con poche allucinazioni. Nel caso che esistano questi disturbi nel contenuto o le allucinazioni, la malattia ha un'impronta ragionante che ricorda la pazzia morale;

6° La durata media degli accessi è generalmente più breve di quella delle forme analoghe non periodiche;

7° I parossismi della pazzia periodica hanno un breve stadio prodromico, raggiungono presto l'acme della malattia, si mantengono in esso con oscillazioni relativamente piccole e declinano rapidamente, spesso anzi scompaiono ad un tratto.

La diagnosi deve procedere con tutte le cautele. Poichè essa si basa essenzialmente sul confronto di più accessi e sull'osservazione dello stadio intervallare, uno o due accessi non garantiscono mai la sicurezza della diagnosi, la quale non è raggiunta che in un periodo complesso della malattia.

La prognosi della pazzia periodica, come rilevasi dalla sua etiologia, è generalmente cattiva. Gli esiti sono talvolta la guarigione, la quale avviene presto nei casi di origine simpatica ed accessibili alla terapia e finalmente in quegli accessi che hanno più il carattere di un delirio che di una psicosi, in cui la breve durata e la frequente ripetizione degli accessi lasciano adito alla speranza. Ma per lo più si arriva a degli stati

d'indebolimento mentale consecutivo, con deboli accessi od anche protratti, che sfumano gli uni negli altri in modo tale da dar luogo a una forma di pazzia continua con indebolimento psichico.

La pazzia periodica può presentarsi in forma di psicosi o di delirio e, nel primo caso, come forma maniaca, melanconica, o come unione di questi due stati sotto forma circolare.

Geneticamente si possono, secondo Kirn, distinguere i casi *idiopatici,* vale a dire diretti o centrali dai *simpatici,* ossia causati da irritazione periferica del cervello.

I. — Pazzia periodica di origine idiopatica.

In questi casi si tratta quasi sempre di un'organizzazione cerebrale invalidata; soltanto di rado le alterazioni acquisite del cervello, p. es. i traumi al capo, sono la causa, sul fondo della quale insorge uno stimolo interno ignoto, atto a provocare gli accessi come nei casi analoghi di epilessia.

Questa pazzia idiopatica periodica si mostra sotto due forme fenomeniche degne di nota.

1° Accessi che riproducono le forme note della mania, della melanconia o di un'unione di esse e per lo più coi caratteri clinici leggeri di un esaltamento maniaco o di una melanconia senza delirio, dove le idee deliranti e i disturbi sensoriali si presentano soltanto episodicamente e non si ha nessun profondo disturbo della coscienza.

Questi accessi, al contrario di quelli della seconda categoria, sono contrassegnati, come Kirn fa rilevare, dal fatto che decorrono più lungamente, comprendendo per lo più un periodo di mesi.

2° Accessi, i quali non decorrono sotto il quadro di una psicosi empirica e sistematica, ma coll'impronta del delirio. Si accompagnano ad un profondo disturbo della coscienza e mostrano un decorso iperacuto o acuto, che comprende dei giorni o al più delle settimane. La comparsa e la scomparsa loro sono assai più rapide di quanto avviene pel gruppo precedente.

1° *Pazzia idiopatica periodica sotto forma di psico(neur)osi.*

Si manifesta per lo più sotto forma maniaca, di rado sotto forma circolare, rarissimamente sotto forma melanconica. La durata degli accessi è di più mesi. Oscilla a seconda delle condizioni esterne ed interne. Si dànno anche degli accessi abortivi. La ripetizione degli accessi ha luogo dopo dei mesi, talvolta soltanto dopo degli anni.

Il quadro morboso si mostra prevalentemente nella forma clinica mite di un semplice disturbo affettivo e formale dell'ideazione, spesso con carattere ragionante.

a) *Mania periodica* (1).

Contrariamente a quanto fu osservato da altri autori (Spielmann, Schüle, Kirn), che cioè l'accesso è preceduto da uno stadio melanconico, io opino per l'origine primitiva degli accessi di mania periodica, almeno per quanto riguarda le osservazioni manicomiali.

Si possono dare dei casi in cui il primo accesso ed anche i successivi lasciano osservare questo stadio prodromico di melanconia; ad ogni modo è certo che esso si dilegua ben presto.

La parte decisiva della questione sta in ciò: che cosa s'intenda per stadio prodromico melanconico. Il senso depressivo ed opprimente di un minacciante accesso può meglio considerarsi come un'indisposizione psichica (come si osserva nello stadio d'incubazione delle malattie infettive), un turbamento della sensibilità generale, piuttosto che come melanconia, massime quando non vi si accompagnano l'irritabilità e l'ansia (Witkowsky).

Le manie periodiche di mia osservazione mostrano bensì il loro stadio prodromico, ma più sotto aspetto di aura che di una psicosi prodromica. I sintomi precursori appartengono in

(1) Cfr. i lavori già ricordati di Esquirol, Spielmann, Flemming, Kirn.

parte alla sfera vasomotoria (flussione, cardiopalmo, vertigini), in parte alla sensitiva (neuralgie, miodinie, disturbi paralgici, cefalea), in parte alla psichica (esagerazione dell'eccitabilità emotiva), in parte a quella del vago (disturbi gastrici), oppure si manifestano con insonnia, malessere generale, fenomeni tutti che possono preannunciare tanto una malattia infettiva grave quanto una psicosi.

L'esordio della mania è generalmente rapido. Il quadro morboso è quello dell'esaltamento maniaco (ma a fondo degenerativo, e per lo più con impronta ragionante e di pazzia morale e con predominante delirio degli atti), che ha spesso un carattere impulsivo e prevalentemente immorale.

Merita il primo posto fra i disturbi affettivi l'emotività altamente esagerata e perciò la mania si mostra prevalentemente sotto il quadro affettivo della forma irritabile (1).

Col recedere dei disturbi nel contenuto delle idee, permanendo l'impronta ragionante, immorale, impulsiva, il contegno del malato può imporsi come perversità, se vengono apprezzate soltanto le azioni e non si tenga conto della personalità del quadro morboso complessivo e del loro carattere intermittente. Ciò vale segnatamente per quei casi non rari in cui il delirio impulsivo delle azioni sta in prima linea e si manifesta con tendenza agli eccessi sessuali, ad appropriarsi le cose altrui, a bere, incendiare, vagabondeggiare, ecc.

In questi casi il complesso fenomenico della pazzia maniaca è squisitamente riconoscibile soltanto nelle esacerbazioni del quadro morboso. L'umore gaio sta quindi in ultima linea ed è nascosto dall'irritabile. Questo si manifesta con grande propensione a offendere, tendenza agli intrighi, smania degli affari. Un segno costante nelle donne, in base ad eccitamento

(1) All'opposto di quanto si ha nella mania espansiva psiconeurotica. Si dànno certe forme maniache le quali si manifestano esclusivamente con una disposizione alla violenza e alla collera, con affetti periodicamente esplosivi. A me sembra, stando alle mie osservazioni, assai probabile che tutte le manie con disposizione d'animo durevolmente irritabile e con affetti prevalentemente violenti siano basate sopra un fondo degenerativo.

sessuale, è altresì l'insinuazione e l'offesa sessuale contro le altre malate. L'esaltamento nelle idee rende questi malati molto battaglieri, maestri nel censurare, nello schernire, nell'insinuare, pieni d'ironia. Il quadro morboso per solito si limita a questo stadio. Episodicamente, sia per eccessi alcoolici, opposizione a desideri strani, eccitamenti alla collera (assai facili per l'elevata emotività), possono manifestarsi dei deliri affettivi (affetti patologici) od anche delle esplosioni furiose con idee deliranti e disturbi sensoriali.

Intorno ai disturbi somatici concomitanti di questo stato morboso Kirn si è occupato lodevolmente. Essi appartengono prevalentemente alla sfera del sistema nervoso e consistono in fenomeni vasomotori — cardiopalmo, flussioni al cervello con carotide turgida e depressibile (paralisi vasale) — alternantisi con fenomeni di spasmo vasomotorio, pallore, sensazione di freddo, massime alle estremità, poi fenomeni secretorii (salivazione, aumento nella secrezione dell'urina e del sudore), motori (alterazioni dell'innervazione dell'iride, — hippus, miosi, midriasi, — nistagmo) e pneumogastrici (anoressia, polidipsia, polifagia a periodi). Questi disturbi sono individualmente assai diversi, ma nel caso singolo decorrono così tipici come i sintomi psichici. Il sonno è turbato, limitato a poche ore. Anche con un nutrimento abbondante la nutrizione deperisce considerevolmente e il peso del corpo rimane sempre assai minore di quanto si osserva nel periodo intervallare. La diminuzione del peso in principio degli accessi ed il suo aumento al cessare degli stessi si manifestano rapidamente.

In modo quasi ugualmente rapido il parossismo è solito insorgere e scomparire. L'uno e l'altro fatto oscillano fra un periodo di ore o di giorni.

Se l'intensità e la durata dell'accesso furono considerevoli, tien dietro ad esso uno stadio d'esaurimento, il quale può avere anche un colorito maniaco (moriaco), dura dei giorni e persino delle settimane e dà luogo gradatamente allo stato intervallare. Talvolta questo stadio d'esaurimento assume le forme più gravi di uno stupore. La coscienza del malato di aver cioè superato di

corto un accesso o di avere la mente in uno stato d'arresto, può fornire a questo stadio secondario un'impronta dolorosa, senza che perciò si possa parlare di uno stadio melanconico. Questo io non ho mai osservato.

In relazione colla forma mite e colla minor durata degli accessi periodici, l'esaurimento postmaniaco non è mai così intenso e duraturo come dopo la mania semplice.

Per quanto riguarda lo stato intervallare, si manifestano anche dopo pochi accessi delle deviazioni psichiche durevoli dalla norma, sotto forma di irritabilità affettiva e di indebolimento psichico. Molteplici disturbi nervosi, analoghi a quelli che si osservano nel parossismo, la comparsa temporanea di un complesso sintomatico a guisa di aura (forse da considerarsi come accessi abortivi), l'intolleranza verso gli alcoolici forniscono la prova che anche negli intervalli il cervello non è sano.

Se un primo accesso di pazzia maniaca abbia in sè il significato di una mania periodica, è argomento cui non può rispondersi con sicurezza. Con una certa verosimiglianza però parlano per questa forma: un esordio rapido, brusco, con sintomi neurotici di aura, una persistenza dei disturbi nello stadio dell'esaltamento maniaco che può durare delle settimane, senza passare in mania furiosa, mentre nella mania non periodica comune, l'esaltamento maniaco figura soltanto come un breve stadio di passaggio verso l'acme della malattia; e inoltre parla per la forma periodica un quadro morboso più ragionante, con prevalente irritabilità dell'umore, delirio degli atti, atti impulsivi notevoli e disturbi funzionali somatici. Per essa parla altresì una durata più breve dell'accesso, forse limitata a poche settimane, al contrario di quanto avviene nella mania ordinaria, perchè nella prima più presto è raggiunto l'acme, la malattia si sofferma meno tempo in esso e lo stadio d'esaurimento postmaniaco è più breve. Finalmente nella forma periodica si ha la scomparsa sorprendentemente rapida dell'eccitamento e l'esistenza di anomalie neurotiche e psichiche (intervallari) dopo scomparso l'accesso.

La prognosi di questa forma di pazzia periodica, come in tutte le forme periodiche con carattere di psicosi e con accessi di lunga durata, è decisamente infausta. Nel caso più favorevole gli accessi si succedono per molti anni lasciando intatta la salute fisica. Non potei mai osservare un caso di guarigione.

La terapia non ha efficacia contro ogni singolo accesso. Oltre alle indicazioni generali che servono anche per la pazzia maniaca (pag. 69) vi è un metodo che tronca gli accessi e consiste nelle grandi dosi (0,03) di morfina, od anche piccole ma ripetute spesso, per via sottocutanea; questo metodo giova però soltanto usato ai primi segni del vicino accesso. Se questo si è completamente sviluppato, il trattamento interruttore arriva tardi, e allora l'accesso, indipendentemente dalle influenze esterne, percorre il suo corso. Non manca però tuttavia l'azione della morfina di calmare l'intensità degli accessi, massime nei casi di mania irritabile, che esplode costantemente con affetti e con idee dolorose.

Gli antiperiodici (arsenico e chinino), così efficaci nelle neurosi che si sviluppano sul fondo di una infezione malarica, naufragano totalmente nel fondo degenerativo della pazzia periodica. Anche col bromuro di potassio io non ho mai visto nessun favorevole successo in questa forma di pazzia maniaca, mentre Kohn (*Archiv. f. Psych.*, XI, H. 3) osservò in uno di questi casi, in una donna, che il bromuro di potassio interruppe sempre gli accessi. Mendel (op. cit.) per mezzo delle iniezioni di ergotina ottenne una durevole calma negli accessi.

Osservazione LXVII.

Mania periodica a lungo decorso e a lunghi intervalli.

Krainz, commissionario, celibe, 31 anni, deriva da una madre psicopatica. La sua sorella minore soffre di convulsioni. Il malato è ben costituito, facile a commuoversi, di costumi solidi.

Nel 1861 (pubertà), come pure nel 1873 ebbe accessi maniaci della durata di più mesi. Il 24 novembre 1873 senza causa apprezzabile ammalò nuovamente: insonnio, affollamento di idee, instabilità, loquacità, accen-

sione al capo furono i primi sintomi. Al suo ingresso, avvenuto l'11, 12, il malato si trova all'acme di un eccitamento maniaco. È insonne, irrequieto, ciarliero fino alla confusione, gaio, sfrenato, con sentimento elevato di sè; si lagna che i suoi meriti come impiegato non siano convenevolmente apprezzati; si occupa nel commercio di ogni sorta di canutiglie, che egli ha portato con sè e ritiene di grande pregio, parla in tedesco forbito, declama dei versi, improvvisa e gli si sviluppa la smania di scrivere, ma quando ha avuto la carta, l'utilizza tappezzando muri e pavimenti, facendo colletti per camicia. Egli si crede un gran cantante e lo comprova la sua voce *metallica*, è inesauribile nelle sue gaie fantasmagorie e negli scherzi di cattivo genere. Non si osservano disturbi sensoriali, nè idee fisse. La coscienza non dimostra alcun profondo turbamento. Ha sempre saputo diligentemente scusare e motivare il suo *delirium actionis* (pazzia ragionante). Alla fine di dicembre raggiunse transitoriamente l'acme del furore maniaco (ideorrea, disordine, agitazione motoria, impulsi a lacerare e a rompere).

Somaticamente non si riscontrano nè segni di degenerazione, nè anomalie craniche. In seguito a paresi dell'abducente destro si nota uno strabismo convergente con temporanea diplopia. L'esame oftalmoscopico rivelò nell'occhio destro un'incipiente stafiloma posteriore.

La sfera sessuale non è in giuoco nel quadro morboso. Non esistono disturbi vegetativi, nessuna flussione. Il polso è variabile per frequenza e per lo più sta sopra a 100. Dietro la cura della digitale, dei bagni e delle iniezioni di morfina, il quadro morboso passò nel febbraio 1874 al grado di un leggero esaltamento maniaco con tendenza a far raccolta di oggetti. Poi subentrò uno stato di esaurimento psichico mediocre, della durata di 2 mesi, dal quale il malato uscì senza difetto.

Il 20, 5, 75 si ammalò di nuovo senza prodroma melanconico. All'ammissione il malato ha la stessa personalità che aveva nell'accesso precedente. È di umore molto gaio, saluta i medici e i conoscenti in modo gioviale, si presenta come reale, imperiale impiegato d'assicurazione, presenta una piccola calamita a ferro di cavallo come un mezzo misteriosissimo col quale si stabilisce la simmetria e si entra nella fede che egli ha giurato. I dettagli e il decorso di questo accesso sono uguali a quelli del precedente, soltanto è più manifesta la tinta ragionante del quadro morboso, e il successivo stadio d'esaurimento manifesta maggiormente l'impronta di una *moria* (festevolezza infantile, contegno sciocco, sregolato, occupazioni futilissime).

Nel dicembre 1875 l'accesso finì, ma si lasciò dietro un durevole indebolimento psichico, quantunque di leggero grado; egli stesso lo riconosce ed è costretto a rinunciare alle occupazioni di prima.

Nel Natale del 1877 nuovo accesso, che si manifestò con rapido decadimento della nutrizione, insonnio, grande sensibilità per la luce e i rumori, acceleramento nelle idee, irritabilità ed ebbe un decorso analogo ai precedenti.

Alla fine di maggio 1878 rapida scomparsa dei fenomeni; fino alla fine di maggio rimase esaurito, stupido, sonnolento, poi tornò nel suo solito stato.

Osservazione LXVIII.

Mania periodica con decorso tipico breve, frequenti accessi, brevi intervalli.

Süss, 19 anni, sarto, ammesso il 30, 11, 79, deriva da un padre debole e malaticcio. Il padre di questo era straordinariamente impetuoso. Il paziente, di carattere già irascibile e di intelligenza limitata, riportò commozione cerebrale a 3 anni per la caduta da una vettura e a 12 per un tronco d'albero che gli cadde sopra. Dopo quest'ultimo trauma rimase per alcuni giorni oppresso, silenzioso, pigro, poi per due mesi cadde in preda ad esaltamento maniaco. In appresso fu sano e si sviluppò somaticamente in modo lodevole. Nel 1879, in primavera, cominciò ad abbandonarsi agli eccessi alcoolici. Alla fine di luglio era oppresso, tardo nelle parole, sonnolento, si lagnava di vertigini. Ai primi di novembre scoppiò la mania — instabilità, loquacità, grandi desideri, eccessi alcoolici. Di notte ebbe ogni sorta d'illusioni (figure comiche, animali). Questi fantasmi, a base evidentemente alcoolica, non si osservarono più negli accessi successivi che ebbe nel manicomio. All'ingresso nel manicomio è in uno stato di esaltamento maniaco, instabile, loquace, pieno di illusioni e di brame, allegro, arrogante, ha grande concetto di sè. Il quadro morboso arriva per delle ore, fino per un giorno intero, all'acme della mania (agitazione motoria, tendenza a lacerare, sudicieria, gironzare di notte, idcorrea) con fenomeni leggeri di congestione.

Il 10, 12 diviene calmo, ordinato e lascia osservare dei leggeri sintomi d'esaurimento. Si osservarono nuovi accessi in modo congruente, tipico dal 24, 12, 79 fino al 5, 1, 80, dall'11, 1 fino al 23, 1, dal 31, 1 fino al 13, 2, dal 6, 3 fino al 12, 3, 80 (trattamento colla morfina).

Come prodromi si notarono vertigini, cefalea, lingua impaniata, mimica disordinata, sonno cattivo, sogni ansiosi, leggera congestione, occhi lucidi, acceleramento e disordine nel corso delle idee. Il malato paragona questo stadio prodromico allo stato d'ubbriachezza. Dopo alcune ore, persino dopo

un giorno, si sviluppa l'esaltamento maniaco. Il malato diviene instabile, loquace, gaio, pieno d'aspirazioni, irritabile, bramoso di discutere, insonne, fa ogni sorta di burle, come vuotar le sputacchiere, i serbatoi dell'acqua. Nel termine di 24 ore arriva all'acme della mania — cantare, esultare, ballare, saltare, rompere, rivoltarsi nella paglia, insudiciarsi, ideorrea, ciera scomposta, come di ubbriaco, congestione, aumento nella frequenza del polso fino a 100 battute. I bagni, la doccia, gli impacchi agiscono come sedativi ed ipnotici. Il complesso sintomatico recede tosto e rientra nei limiti dell'esaltamento maniaco. Il malato è capace di scusare i suoi eccessi maniaci in modo *ragionante*, è sempre eccitato, burlone, durevolmente gaio. Proseguendo la diminuzione dell'eccitamento, il malato è calmo, pallido, bisognevole di sonno e di cibo, stanco, abbattuto. Dopo alcuni giorni questi fenomeni d'esaurimento scompaiono. Negli intervalli è calmo, ordinato, attivo, ma tuttavia irritabile. Il ricordo di ciò che è avvenuto durante gli accessi è sommario. Gli eccessi maniaci sono attribuiti ad un'impulso interno colorito da sentimenti gai.

La cura del bromuro di potassio (fino a 8 gr. per giorno) si mostrò senza successo. Le iniezioni di morfina (fino a 2 volte per giorno 0,015) furono dal malato stesso risentite come benefiche. Obbiettivamente mostrarono di mitigare ed abbreviare l'accesso. Questo si limitò quasi esclusivamente all'esaltamento maniaco, con debole tendenza a raggiungere l'acme, nel quale ad ogni modo rimase per poco. Poichè dal marzo non si manifestarono più accessi, il malato fu dimesso il 30, 7, 80.

Andò esente da accessi fino al 1882, quando cioè divenne militare e trovò occasione di abbandonarsi agli eccessi alcoolici.

Dal giugno 1882 si ebbe una nuova serie di accessi, uguali ai precedenti. (Dal giugno 82 fino al 2, 7, dal 21, 7 fino al 31, 7, dal 23, 8 fino al...?).

b) *Dipsomania o delirio alcoolico periodico* (1).

Fra le varietà di mania periodica, caratterizzata da una tendenza istintiva e periodica all'abuso delle bevande alcooliche e

(1). Brühl-Cramer, *Trunksucht.*, 1819, (ottima monografia); Clarus, *Beiträge*, p. 129; Henke, *Abdhl. IV*, p. 304; Esquirol, *Malattie mentali*, vol. II; Ray, *Treatise*, p. 420; Buknill e Tuke, *Manual of psychol. méd.*, p. 236; Foville, *Archiv. génér.* (notizie storiche e bibliografiche); Henke, *Zeitschr.*, 1831, H. 3, p. 55 (caso molto istruttivo), Rose, *Delir. trem nella Pitha u. Billroth's Chirurgie* I, H. 2, p. 33; Liman, *Vierteljahrsch. f. ger. Med. N. F.* II, 1, 1865; With, *Ueber Dipsomanie*, *Dissert.*, Berlino, 1869; Lykken, *Hosp. Tid.* 1878; (*Schmidt's Jahrb.*, 1879, 1).

da breve decorso, dobbiamo annoverare in appendice la così detta dipsomania (Clarus).

Si è discusso se essa sia soltanto il frutto di un'abitudine viziosa ad epoca fissa, oppure una psicosi. Quest'ultima versione è indubbiamente la vera, se si pensa che questa forma si ha anche in persone che ogni giorno dispongono di una borsa e di una cantina piena e pur tuttavia vengono trascinate da un impulso ad abusare periodicamente degli alcoolici. Da ciò scaturisce il fatto che questa dipsomania si trova per lo più soltanto in individui disposti, in connessione ad influenze debilitanti, a malattie somatiche, massime uterine e a disturbi mestruali, finalmente alle fasi fisiologiche della vita (gravidanza, mestruazioni, climaterio). Nè meno comprovano questo fatto le circostanze che i prodromi, i sintomi e il decorso dei singoli accessi si assomigliano gli uni agli altri fin nel più piccolo dettaglio, che i sintomi psichici e somatici parlano per uno stato patologico del cervello, che i singoli accessi i quali vengono senza apprezzabile causa esterna, e quindi sono motivati per via interna, organica, si ripetono con regolari intervalli. Questi fatti parlano per la speciale natura morbosa, eminentemente degenerativa di questa forma. Ma anche la personalità del malato negli accessi è tutta opposta a quella degli intervalli, poichè in questi il malato può essere persona corretta e persino avversa all'uso dell'alcool.

Inoltre, l'insensata e sregolata passione del malato per l'alcool durante l'accesso non ha in alcun modo l'impronta di un bisogno risentito fisiologicamente, ma piuttosto di una morbosa, bestiale avidità, quale in modo analogo si rinviene nei ninfomaniaci nel campo sessuale. Se si fa finalmente l'esperienza di rinchiudere un dipsomane in principio del suo parossismo e di negargli il bere, ben tosto arriverà all'acme di una mania furiosa, violenta.

I molti casi di dipsomania che si trovano nella letteratura hanno ricevuto un'interpretazione diversa. Mendel (op. cit., p. 112) dà la così detta dipsomania come una tendenza impulsiva periodica che si manifesta nel decorso della pazzia morale,

come un sintoma parziale di uno stato maniaco complesso, analogamente a quanto si ha per la tendenza verso altri mezzi, come il bisogno sentito dai malati affetti da una neurosi o psicosi periodica (disturbi psichici epilettici, isterici, melanconia periodica) o da malattie somatiche periodiche, ecc., che portano un senso di disgusto e per conseguenza conducono alla tendenza fisica e psichica verso l'alcool, per illudersi ed esilararsi, per l'appunto come certi malati si dànno alla morfina (morfiomania). Finalmente si tratta, in certi casi di così detta dipsomania, di un semplice stato temporaneo di polidipsia, con bisogno di estinguere la sete, senza aver riguardo alla qualità della bevanda.

Di questi casi ne furon certamente osservati, ma se ne dànno anche di quelli in cui l'impulso al bere decorre in modo primitivo, e predomina così il quadro morboso relativo (maniaco), nello stesso modo con cui una ninfomania si distingue dalle altre forme di mania; talchè è giustificato l'elevare a forma a sè la dipsomania. Il quadro morboso di un dipsomane lascia scorgere i seguenti fatti:

L'individuo finora sobrio, spesso anzi astemio, ma soltanto neuropatico ed irritabile, offre come prodromi del vicino accesso, per ore o per un giorno, insonnio, innappetenza, senso di ripienezza, peso al capo, cefalea, flussione al cervello, vertigini, sensazioni sobbiettive visive ed acustiche, esagerata emotività, oppressione ai precordii, agitazione motoria. Poi insorge l'irresistibile tendenza al bere, corre di bettola in bettola, tracanna con incredibile furia ed avidità gli alcoolici, magari la più ordinaria acquavite e nei recipienti più sporchi. Persiste sempre l'agitazione, l'insonnia, la flussione al cervello, e questa tendenza lo domina giorno e notte. A questi segni di malattia si aggiungono generalmente quelli dell'intossicazione alcoolica, i quali però, come l'azione tossica della morfina è diminuita negli stati maniaci e deliranti, si mostrano più miti e più tardivi che non nello stato sano. Dopo alcuni giorni, talvolta soltanto dopo delle settimane, il parossismo cessa. Il malato cade in uno stato d'esaurimento, nel quale, come esiti di uno sregolato uso di alcool, si notano catarro gastrico, vomiti, stor-

dimento, fenomeni di collasso, tremore, talvolta anche delle fantasmagorie a contenuto ansioso. Dopo 1-3 giorni questo stato stuporoso fa luogo ad un benessere intervallare psichico e corporeo.

Gli accessi si ripetono nel ciclo di settimane, di mesi, talvolta soltanto di anni.

Ripetendosi frequentemente gli accessi, si sviluppa uno stato d'indebolimento psichico (decadimento dell'intelligenza, depravazione etica, irritabilità brutale), non di rado anche il quadro morboso dell'alcoolismo cronico, e allora all'accesso dipsomaniaco può aggiungersene uno di delirium tremens. La prognosi è infausta. Soltanto una reclusione di molti anni in un asilo può mostrarsi giovevole, in unione agli altri mezzi dimostrati utili nella mania periodica, segnatamente la morfina (in via sottocutanea per troncare gli accessi).

L'impiego della cura alterante (tartaro emetico) per togliere ai malati la voglia degli alcoolici è in parte pericoloso, in parte inutile, perchè anche collo stomaco malconcio il malato non disdegna il bere.

Osservazione LXIX.

Dipsomania mestruale periodica.

Mateschko, moglie di un maestro, 47 anni, madre di 4 bimbi, i quali sono tutti neuropatici ed irascibili, deriva da un padre ubbriacone e da una madre violentemente irritabile. Due sorelle sono in manicomio. La malata fin dall'infanzia era collerica, irritabile, impazzì a 15 anni (pubertà) e guarì dopo 8 mesi. Da quest'epoca cominciò a soffrire di pazzia periodica in forma di dipsomania, che da principio si manifestò con pause di mezzo anno, poi di 3 mesi e a 17 anni ad ogni epoca mestruale. A 17 anni si ebbero transitoriamente degli accessi di vertigine, tuttavia però senza alcun fenomeno convulsivo. La durata degli accessi dipsomaniaci oscilla fra 4 e 12 giorni. Si manifestano per lo più premestrualmente, di rado postmestrualmente. Nel primo caso cessano all'apparire del flusso mestruale.

I primi segni del prossimo accesso sono congestioni forti al capo. La malata diventa irritabilissima, violenta, brutale, sviluppa una tendenza irresistibile per l'alcool, con pensieri cattivi d'ogni genere, diviene irrequieta, insonne, profondamente turbata nella coscienza, cade a terra facilmente, ha la schiuma alla bocca, si arrotola pel pavimento, va su tutte le furie se si tenta di opporsi alla sua tendenza sfrenata pel bere; se la si lasciasse fare si attaccherebbe anche alla fiasca del petrolio. Dopo aver bevuto per alcuni giorni, insorsero visioni (uomo con coltelli, musi spaventevoli, talchè entrò in un'ansia violentissima). La scomparsa degli accessi fu sempre rapida. Ebbe vomiti, cadde in un sonno profondo e si svegliò in uno stato lucido con un ricordo solamente sommario di quanto avvenne durante l'accesso. Le abbisognarono ancora alcuni giorni per rimettersi dalle conseguenze dell'accesso e dell'intossicazione alcoolica.

Negli intervalli è sempre altamente irritabile, di umore variabilissimo, aborre l'uso degli alcoolici. Negli ultimi anni, in cui soltanto di rado si ebbero mestruazioni senza accesso, insorsero dei fenomeni somatici e psichici sempre più notevoli di alcoolismo cronico (difetti speciali intellettuali ed etici, catarro gastrico cronico, vomito mattutino) in seguito all'aumentata frequenza degli eccessi alcoolici.

Il 25, 5, 77, ebbe un accesso e il 30 fu condotta per la prima volta alla clinica. Al suo ingresso lasciò osservare il quadro di una mania furiosa, ma con violenta congestione e gravi disturbi della coscienza. Vomitò e dormì alla sera, si svegliò ben presto il mattino del 31 lucida, con ricordo assai difettoso e con profondo rimpianto della sua fatale malattia.

La malata presenta l'abito e i fenomeni dell'alcoolismo cronico. Alle estremità inferiori ha crampi fibrillari, al piede sinistro una grossa piaga atonica e circoscritta elefantiasi. Utero normale. Uscì il 2, 6, 81.

Il 26, 6, 81, fu dai parenti ricondotta al manicomio. Questa volta l'accesso fu premestruale, scoppiò il 18 e le mestruazioni apparvero il 23. Cadde di nuovo in mania furiosa, con ebbrezza continua. Il 30 l'accesso scomparve rapidamente. Fu curata nell'ospedale e dal 10, 7, prese ogni giorno 8 gr. di bromuro di potassio. Le mestruazioni apparse il 19, decorsero per la prima volta dietro questa cura, senza disturbi psichici. Dietro l'uso continuato del bromuro, nell'epoca mestruale, non ebbe più accessi, all'infuori di uno abortivo in novembre. Le mestruazioni si fecero dipoi profuse ed irregolari (climaterio). Dal gennaio 1878 non prese più bromuro. Otto giorni dopo le mestruazioni, venute l'1, 3, ebbe un nuovo accesso dipsomaniaco, il quale, dietro collocazione nell'ospedale ed astensione dal bere, decorse come mania furiosa e cessò il 16. Prese di nuovo il bromuro e rimase libera dagli accessi. L'ulteriore esito di questo interessante caso fu interrotto da una flebite con piemia e morte successiva.

Melanconia periodica (1).

Questa forma cade assai più di rado sotto l'osservazione di quello che le forme maniache della pazzia periodica. Il precisarne la proporzione numerica sarebbe cosa arrischiata, poichè molti casi di melanconia periodica decorrono in modo così mite, che per essi non si ricerca neppure l'aiuto medico. Con ciò si spiega la rarità sempre grande della melanconia periodica nella pragsi manicomiale. In 13 casi di mia osservazione (di cui 7 uomini) soltanto 4 abitarono nel manicomio ed ebbero in complesso quadri morbosi gravi con idee deliranti e disturbi sensoriali. Le idee deliranti si collegano ad un sentimento depresso di sè stesso. Esiste violenta ansia precordiale e tedio della vita, che conducono a frequenti tentativi di suicidio.

I casi più leggeri della pragsi privata non oltrepassano il quadro di una melanconia senza delirio. Come nella fase melanconica di una pazzia che si mostrerà poi sotto forma circolare, nella melanconia periodica (senza delirio) i fenomeni d'arresto prevalgono su quelli del dolore psichico spontaneo. Quelli si manifestano prevalentemente colla coscienza penosa di un arrestato decorso dei pensieri e della volontà, coll'arresto dei sentimenti, ossia colla mancante accentuazione delle idee per mezzo dei sentimenti (anestesia psichica). Il malato si preoccupa penosamente di questo decadimento delle sensazioni abituali e giunge fino al dubbio di credersi o no un uomo.

In tutti i casi di melanconia periodica, dei sintomi somatici corrispondenti accompagnano il quadro morboso — insonnia, cefalea, vertigini, arterie contratte con polso per lo più frequente, disturbi gastrici, decadimento rapido della nutrizione, cessazione dei mestrui, paralgie, stati neurastenici, come pure

(1) NEFTEL, *Centralblatt f. d. med. Wissensch.*, 1875, N. 22 e *Allg. Zeit. f. Psych.*, 33, p. 91; TIGGES, *Irrenfreund*, 1870, p. 17; KIRN, op. cit., p. 52; SPIELMANN, op. cit., p. 322, il quale pone altresì in questa categoria una parte dei dipsomani; MOREL, *Traité des mal. ment.*, p. 477.

disturbi funzionali sensitivi, vasomotori, trofici, che sono una compartecipazione integrale al complesso morboso. Una volta anzi io ho osservato un *erpes zoster* nel campo del nervo soprorbitale sinistro. L'esordio dell'accesso, per regola dietro disturbi gastrici dispeptici, e la sua scomparsa ebbero sempre luogo rapidamente. La durata dell'accesso abbracciò 6 settimane fino a più mesi. Non potei mai constatare uno stadio maniaco prodromico o consecutivo (Kirn).

In tutti i miei casi si notò per lo più una disposizione forte, per lo più ereditaria. La prognosi è infausta. La guarigione, come pure una lunga (di anni) mancanza degli accessi non fu mai segnalata. Sembra che, col crescere dell'età, gli accessi si protraggano, senza per questo divenire più gravi. In parecchi casi si stabilirono ben presto dei fenomeni di indebolimento mentale ed anche negli intervalli si osservò una leggera depressione psichica. Dall'oppio e dalla morfina io ebbi soltanto un esito sintomatico, mai nel senso di troncare od abbreviare gli accessi.

Osservazione LXX.

Melanconia periodica senza delirio.

Donna di 35 anni, coniugata, deriva per parte di madre da una famiglia disposta. Il fratello della madre fu pazzo, la madre neuropatica, pazza verso la fine della sua vita. Tutti i fratelli e le sorelle della malata soffrirono di neuropatie, una sorella impazzì nel puerperio.

La malata fu sempre neuropatica; a 4 anni ebbe un'infiammazione cerebrale, tuttavia si sviluppò bene, crebbe allegra, d'intelligenza buona. A 18 anni si maritò. Nei primi tempi del matrimonio soffrì assai dietro il coito per vaginismo. Partorì senz'alcun incidente per ben 7 volte (1865, 1869 febbraio, 1870 marzo, 1871 maggio, 1873, 1876 giugno, 1877 ottobre).

Dopo il secondo puerperio, nel quale la malata fu calma, presumibilmente in seguito ad un'emozione (morte della sorella, 5 settimane dopo il parto), apparve il primo accesso di melanconia, il quale durò 5 mesi e cioè fino alla gravidanza successiva. Questo accesso non coincise col primo ristabilirsi delle mestruazioni. Altre cause, all'infuori della già detta non poterono constatarsi, giacchè le condizioni coniugali e sociali erano abbastanza favorevoli.

Secondo le assicurazioni della malata si ebbero altri accessi tipicamente uguali al primo, ma diversi per intensità e durata: dal marzo 1870 fino al settembre, dal marzo 1871 fino all'agosto, dall'aprile 1872 fino all'agosto, dal marzo 1873 fino all'agosto, dal settembre 1874 fino al luglio 1875, dal settembre 1875 fino all'aprile 1876, dal settembre 1876 fino al maggio 1877, dal settembre 1877 fino all'aprile, dall'ottobre 1878 fino all'aprile, dall'ottobre 1879 fino al marzo 1881.

Io conobbi la malata nel dicembre 1880, consultato in vista dell'intensità e durata penosa degli accessi. Gli accessi insorgevano rapidamente, in mezzo al più completo benessere mentale e corporeo. I primi segni di questi sono un eccitamento sessuale violento, il quale non esiste mai negli intervalli, con tendenza alla masturbazione, poi innappetenza, insonnia, cardiopalmo. Presto subentra un profondo arresto mentale con malumore. La malata non si interessa più a nulla, non ha più gioie, è infelice, annoiata. Sente che la vita le è di gran peso, sente in modo penoso di essere indifferente ai suoi doveri di madre e di moglie, ma è altresì impotente a compierli. Si sente priva d'energia, incapace di qualsiasi lavoro, stanca, abbattuta, esaurita, massime di giorno, come se avesse vegliato durante la notte. Essa ha piena e dolorosa coscienza della sua malattia, della sua incapacità mentale. Dormì pochissimo per qualche mese e fu necessario il cloralio; è perseguitata sempre dall'idea di non doversi più ristabilire, invoca la morte come tregua alle sue pene. Occasionalmente presenta ancora degli scoppi di disperazione reattiva, che poi si risolvono con scoppi convulsivi di risa.

Non ha appetito, bisogna sforzarla perchè mangi, si sente sempre ipersazia, ha un senso molesto di secchezza alla gola. Ha stipsi, le mestruazioni sono regolari, ma molto parche. La malata soffre quasi a permanenza di un senso molesto di oppressione alla nuca, di formicolìo alle mani, impressione di freddo ai piedi, dolori lungo la faccia interna delle gambe.

Ad un tratto, per un giorno, questo stato penoso scompare. Riprende il sonno, ha appetito, ama la vita, si sente molto felice, senza che però questo stadio successivo alla risoluzione del male assuma un aspetto tale da potersi ritenere come stadio maniaco consecutivo. Aumenta anche rapidamente il peso del corpo, che diminuisce rapidamente in principio dell'accesso e per tutta la durata di questo varia da 59 a 61 kg., essendo 70 il peso normale. Negli intervalli si sente bene fisicamente e mentalmente, soltanto la disturba da quando a quando l'idea di ricadere presto o tardi in preda all'accesso.

L'ultimo accesso che, stando a una sua lettera, finì nel marzo 1881 fu protratto da ciò che nell'epoca in cui si aspettava la risoluzione di esso,

accadde la morte del padre (aprile 1880) e di altri parenti e l'emozione ne fu grave.

La malata è una donna di complessione media, senza segni di degenerazione, senza malattia degli organi vegetativi. Il turgore vitale, quando io la esaminai nel dicembre 1880, era molto depresso, il polso carotideo e radiale erano molto piccoli, facilmente compressibili. Dimostrava 10 anni di più. I suoi lineamenti nervosi ed abbattuti tradivano lo stato penoso dell'animo.

La lingua era pulita, ma da quando a quando si mostrava impaniata. Non esistevano segni di anemia. L'esame ginecologico diede un reperto negativo. Ha tentato tutto il possibile al fine di ristabilirsi. L'intervento ginecologico (per la neurosi genitale), la cura dei bagni freddi, i bagni alla francese non fecero che indurre un peggioramento; il chinino, l'oppio, il bromuro furono inutili. Soltanto i bagni tiepidi agirono calmando, talvolta anche come ipnotici Più di tutto le giovò la quiete del soggiorno in campagna. Non fu mai ricoverata in manicomio.

Osservazione LXXI.

Melanconia periodica con delirio.

Kral, commissario di polizia in pensione, 42 anni, deriva da madre pazza; fin dall'infanzia era neuropatico, irritabile, molto impressionabile, timido, facile a prender paure, tendente al mal umore. Un rozzo trattamento per parte del padre, che lo lasciò talvolta patire la fame, contribuì ad aumentare la già esistente anomalia del carattere.

Fin dai primi anni egli andò mulinando idee di suicidio. In seguito si diede all'onanismo, soffrì molto di polluzioni ed ebbe altri fenomeni di neurastenia spinale. Nel 1866 ebbe una retrocessione d'impiego e si ammalò seriamente; da quest'epoca divenne più chiuso e più lunatico di prima. Ai primi di luglio 1873, per rinforzare la sua costituzione, si recò in uno stabilimento idroterapico. Qui ebbe un accesso di melanconia acuta con allucinazioni terrifiche, affetti aspettativi ansiosi e taedium vitae, per il che la sua ammissione nel manicomio divenne una necessità; vi entrò il 24, 7, 83.

All'infuori di un cranio fortemente brachicefalo, mal costituito specialmente nella porzione frontale, e di un difetto congenito nell'avambraccio sinistro, non offre nulla di considerevole dal lato somatico. L'osservazione successiva lasciò rilevare una melanconia periodica con intervalli presso a

poco liberi. Gli accessi comparivano ogni 5 o 6 settimane e duravano 10-14 giorni. Insonnio, cefalea, profonda depressione mimica, fenomeni di un gastricismo intenso davano il colorito al quadro morboso. Ogni accesso uguagliava l'altro persino nei dettagli.

Il malato è confuso, tardo, ha di sè un sentimento profondamente depresso, si mostra in preda ad affetti di ansia aspettativa, soffre ansia precordiale, allucinazioni uditive e visive, ha idee deliranti.

Nel campo somatico, durante gli accessi si osserva un forte catarro di stomaco, la lingua impaniata, bianca, costipazione, insonnio, cefalea, senso di tensione alla fronte, dilatazione della pupilla sinistra, neuralgia intercostale. Egli si reputa indegno a tutto, persino di inghiottire il cibo; dice che invece di essere curato meriterebbe di essere messo in una cella oscurissima, perchè è un delinquente, perchè fece lo spione nel 1866, perchè è un assassino, un grande imbroglione e come tale deve essere perseguitato; ha infettato tutto il mondo di sifilide. Aspetta il suo giudizio di morte, egli è pronto a subire la morte più crudele, soltanto si raccomanda perchè non vengano coinvolti nel processo gli innocenti e il suo vecchio padre. Egli è il più cattivo degli uomini e via dicendo. Talvolta si dichiara anche cane e allora non vuol più camminare, ma giace aggomitolato negli angoli e si striscia per terra. Nell'acme degli accessi il malato ascolta regolarmente delle voci persecutive, è notevolmente turbato nella coscienza, si crede in carcere, nella tomba del padre, prende i vicini per carnefici e poliziotti. In certi periodi accessuali, tenta di battere il capo contro il muro; ingoiò anzi una volta un pezzetto di vetro per togliersi da queste pene.

Nel campo della motilità si nota un forte tremore nei muscoli delle labbra quando tenta di sporgere la lingua. Pulsazioni 70-80; polso piuttosto pieno; negli accessi il polso diviene piccolo, celere, le pulsazioni arrivano a 100.

La scomparsa degli accessi fu per regola sempre rapida. L'ansia e le allucinazioni diminuirono, la preoccupazione mimica si dileguò, i disturbi gastrici scomparvero e si ristabilì nuovamente il sonno.

Le iniezioni d'oppio e i bagni mitigavano l'intensità degli accessi, ma producevano soltanto un leggero effetto ipnotico, che invece si otteneva prontamente col cloralio idrato. Negli intervalli è cosciente della sua malattia, è libero dalle allucinazioni, affettuoso, grato, ma sempre oppresso e preoccupato dall'idea di essere al manicomio pei suoi vizi.

Nel corso del 1875 gli accessi si fecero più frequenti con intervalli più brevi e non del tutto lucidi, ma con segni di un rapido e progressivo indebolimento mentale. Dietro suo desiderio fu mandato al manicomio del suo paese per esservi curato e custodito definitivamente.

Pazzia circolare (1).

Sotto questo nome è compresa una forma, nella quale si nota un'alternanza ciclica fra i quadri morbosi della melanconia e della mania, la quale si distingue da una melanconia passata in mania o da una mania passata a melanconia per la lunga durata, talvolta per tutta la vita, con cui seguitano tipicamente ad alternarsi queste due varietà. (Falret — *folie circulaire*, Baillarger — *folie à double forme)*.

L'alternanza ciclica di questi due stati morbosi ricorda il fatto che in molti individui ereditariamente disposti esiste un passaggio periodico abituale fra depressione ed esaltamento, per cui è approssimativamente possibile il considerare la pazzia circolare come un'esagerazione di quest'alternanza patologica delle disposizioni dell'animo. E realmente in tutti quei casi in cui si poterono indagare le condizioni dell'ascendenza, essa si manifestò come una forma ereditaria degenerativa, che tuttavia si sviluppò prevalentemente nella pubertà o nel climaterio.

Secondo le osservazioni di Falret, colle quali concordano quelle di altri ed anche le mie, sono affette da questa forma prevalentemente le donne.

Non di rado, molti anni prima che si sviluppi la pazzia circolare si osservano degli accessi di mania semplice o periodica od anche di melanconia. La pazzia ciclica comincia per lo più colla fase melanconica, più di rado colla maniaca. Il quadro morboso iniziale non si distingue da quelli successivi di ugual nome nè per intensità, nè per durata diverse. Per lo più gli tien dietro lo stato morboso contrario, in rari casi fra l'uno e l'altro vi ha un intervallo lucido.

Il decorso della malattia è costituito da un passaggio alterno fra i due stati morbosi che costituiscono il circolo, i quali per

(1) Emmerich, *Ueber cyclische Geistesstörungen; Schmidt's Jahrbücher* 190, Nr. 5, (con letteratura completa). Anche nei drammi e nelle tragedie si trovano dei tipi di pazzia circolare. Cfr. Turgenieff nel *Re Lear del deserto*, e lo stesso autore nel *Padre e figlio*.

lo più sono nettamente separati fra di loro e di rado sfumano l'uno nell'altro.

Quest'ultima evenienza si verifica in certi casi in cui il quadro morboso dura da lungo tempo. Allora si possono anche osservare quei fenomeni temporanei elementari di fasi morbose opposte nel quadro melaneonico o nel maniaco, che già Meyer fece rilevare.

Lo stato maniaco e il melanconico possono essere interrotti nel loro decorso da un intervallo lucido; però il sopraggiungere di questo non è punto così regolare e frequente come molti autori credono. Questo intervallo è solito invece presentarsi spesso dopo il termine di uno o più circoli (*folie circulaire* nello stretto senso), poi come stadio intermedio alle due fasi morbose, di rado come interruttore di una fase maniaca o di una melanconica. La durata dell'intervallo lucido è più breve e lo stesso è meno netto quando divide i due periodi di uno stesso circolo morboso. Si protrae invece più a lungo quando si interpone fra due circoli.

La durata dell'intero circolo, e così pure l'intero quadro morboso che vi si connette, è variabile nei diversi individui ed anche nello stesso malato e non di rado è dipendente dalle condizioni esterne.

Si dànno casi di pazzia circolare, nei quali ogni singolo circolo si svolge nel periodo di qualche settimana (1), accanto a degli altri che durano mesi ed anni. Per lo più la fase melanconica supera per durata la fase maniaca: la durata più breve è quella del così detto intervallo lucido. Vi sono dei casi, massime quelli in cui il quadro morboso esiste da lungo tempo, in cui questo quadro rimane presso a poco inalterato, accanto a degli altri nei quali si notano delle pause più o meno brevi nel decorso.

Le fasi morbose melanconiche e maniache della pazzia circolare non contengono in sè, secondo la mia esperienza, nulla

(1) Nella letteratura trovai registrati su 48 casi 28 femmine, 20 maschi; di mia propria osservazione, su 15 casi notai 10 femmine, 5 maschi.

di specifico. Nel maggior numero dei casi quegli stati non oltrepassano il grado di una depressione melanconica o di un esaltamento maniaco, ma è frequente in essi il colorito ragionante. Non di rado trovansi però anche le forme funzionali gravi dello stupore melanconico e della mania con idee deliranti ed illusioni sensoriali. Una volta sviluppatosi il quadro morboso, si svolge negli accessi seguenti, se non con fedeltà fotografica, presso a poco nello stesso modo o con qualche differenza nell'intensità e durata.

In genere si può affermare che quanto più lunga è la durata delle fasi morbose, tanto più il carattere della malattia tende ad esser mite.

La diagnosi della pazzia circolare può soltanto essere stabilita perfettamente sulla base del decorso. Tuttavia sono sospetti e fanno temere lo svolgersi ulteriore della malattia fatale un accesso maniaco o melanconico, quando si manifestino bruscamente nella pubertà o nel climaterio, si conservino per una settimana in uno stadio uguale e mite e quando nel quadro melanconico o nel maniaco, appaiano episodicamente dei sintomi della fase opposta.

Oltre a ciò ne sono indizi il sentimento di malessere, il polso filiforme, il diminuito turgore vitale, il rapido abbassarsi del peso, la ciera abbattuta, alterata, la rigidità mimica, i numerosi disturbi neuralgici e paralgici nel quadro melanconico, la ciera fresca, ringiovanita (Meyer), il polso pieno e forte, il turgore vitale straordinariamente aumentato nel quadro maniaco. Con ragione Emmerich (op. cit.) ha reso palese che nella melanconia della pazzia circolare la disposizione dell'animo è assai meno (spontaneamente) dolorosa che nella melanconia genuina e si manifesta in prevalenza con coscienza dolorosa reattiva di arresto psichico.

Essendo la pazzia circolare una malattia per lo più profondamente costituzionale, soltanto di rado fornisce speranza di guarigione. È sempre meno infausta la prognosi in quei casi che offrono brevi pause nel decorso, mentre quei casi che offrono pause lunghe, con regolare comparsa degli accessi,

continuano per lo più fino alla morte; tuttavia però si fanno più miti eol crescer degli anni. Possono anche aver luogo in questo caso delle lunghe intermissioni. Quando la malattia dura da lunghi anni, si manifestano dei fenomeni di indebolimento psichico; però io non ho mai osservato un esito in demenza vera.

La terapia dovrà limitarsi ad essere sopratutto sintomatica. Il bromuro di potassio nei casi di breve durata non mi è sembrato privo di effetto. Anehe più efficaci si mostrano l'oppio e la morfina per via ipodermica. Kretz (*Allg. Zeitschr. f. Psych.* 39, p. 26) vide coll'iosciamina una volta troncarsi, due volte mitigarsi la fase maniaca. L'osservazione fatta da Schüle (*Hdb.*, p. 437) di un caso di guarigione di pazzia circolare in donna convenientemente curata e guarita di un'uteropatia, invita a fare un esame periferico accurato e lascia sperare nella cura relativa. Degno di nota è altresì l'esperimento fatto da Dittmar nell'ospedale di Klingenmünster, che cioè col riposo in letto durante lo stadio melanconico si ritardi la venuta dello stadio maniaco e si renda in complesso più mite il loro decorso.

Osservazione LXXII.

Pazzia circolare (melanconico-maniaca).
Accessi della durata di un mese.

Rokos, 20 anni, studente, fu condotto al manicomio il 23, 2, 78. Padre tabico, 2 fratelli neuropatici, irascibili; uno di essi presenta una varietà di istinto sessuale contrario. Non fu mai malato gravemente, ma però sempre nervoso ed eccitabile. Così erasi dato allo studio della medicina e dovè desistere perchè non potè abituarsi alla vista dei cadaveri. Si diede presto alla masturbazione, non incontrò mai in società per la sua indole fiacca e incerta. Nell'autunno 1877 si manifestarono dei fenomeni di neurastenia (ottusità, facile esauribilità, senso di peso e formicolio alle estremità, attività mentale tarda, cardiopalmo). Divenne ipocondriaco, prese la sua palpitazione per vizio cardiaco e consultò un medico, il quale confermò questa diagnosi. Si fece misantropo, poichè credette di scorgere che ognuno leggeva in lui il suo vizio (masturbazione). Ai primi di febbraio 1878, dopo

alcuni giorni di malessere, ottusità ed impotenza mentale, divenne ansioso, agitato, si abbandonò in modo teatrale alla disperazione, cominciò a dar segni di delirio sensoriale, a non dormire più: si rotolava senza pace pel letto, si lagnava di non poter più pensare, dicevasi rovinato mentalmente e fisicamente in seguito all'onanismo. Si dovette allora esaminare i suoi genitali, che erano molto flosci e scolorati. Seguitarono le sensazioni violente di ansia, come se gli comprimessero il cuore e a quando a quando ebbe sensazioni di cattivi odori.

Al suo ingresso si mostra all'acme di una melanconia passiva, triste, diffidente, ansioso, in preda ad arresto motorio, verbale e psichico. Eccitandolo a parlare scaturiscono accenti di disperazione sul suo stato di arresto e rimorsi pei peccati commessi. Somaticamente, comunque sia ben costituito, è esaurito, anemico, ha un alone intorno agli occhi, ha deambulazione traballante. La ciera è ansiosa, confusa, le pupille sono dilatate e reagiscono pigramente, la faccia è leggermente congesta, il polso è piccolo, puls. 130-169. L'area cardiaca e l'epigastrio sono visibilmente pulsanti, anche le piccole arterie, p. es. la mascellare, sono in preda a pulsazione visibile. I toni cardiaci sono netti, l'area cardiaca non è aumentata. Leggero grado di esoftalmo, nessun disturbo delle funzioni vegetative, non spermatorrea, nessun disturbo sensitivo o motorio, esame oftalmoscopico negativo; prescrizioni: riposo in letto, vescica di ghiaccio alla regione cardiaca, digitale, dieta lattea.

È immerso ancora in un grado elevato di arresto psichico, perseguitato dall'ansia precordiale, molto turbato. Emette solo qualche parola appena abbozzata: « o mia vecchia madre, la mia testa è divenuta pazza ». Non sa pensare stabilmente a nulla, il filo del pensiero gli sfugge sempre. Nè la digitale, nè il chinino a grandi dosi calmano la frequenza del polso. Soltanto coi bagni prolungati (fino a 3 ore) il polso discende a 100 e viene il sonno. Ad ogni piccola emozione, ad ogni sospiro, ad ogni movimento, il polso guadagna tosto la sua massima frequenza. Le condizioni vegetative sono normali, la nutrizione è sufficiente. Dopo il bagno, di sera, il malato è un po' più libero. Egli allora si querela per l'ansia che verrà e per l'arresto mentale; egli non sa se viva ancora, se possa ancora leggere e scrivere; egli ha in capo un grande disordine, teme ancora di divenir pazzo. Nelle altre ore del giorno è inquieto, ansioso, in preda ad arresto. A ciò si unisce una tendenza sfrenata alla masturbazione, che si può impedire solo colla più attiva sorveglianza. L'arresto si aumenta talvolta fino ad un leggero stupore e a mutismo. Nei momenti in cui ne è libero, prega che gli si dia il veleno, poichè la sua testa è tutta sconvolta ed egli non può pensare e si è così ridotto in causa del suo vizio. Di tanto in tanto si lagna anche di sentir cattivi odori, di cefalea, stordimento, dolori nelle articolazioni.

In maggio, il paziente divenne libero psichicamente e motoriamente e insieme migliorò notevolmente la nutrizione e il polso discese a 100; si lagna del tempo perduto, che non ha potuto dedicare allo studio, ora vuol correggersi dal suo vizio; tutto gli passa innanzi come in un sogno. Dopo alcune recrudescenze, che ogni volta erano attribuite alla masturbazione, entrò definitivamente nella convalescenza. Fu fatta diagnosi di melanconia a base neurastenica masturbatoria, e il malato con tutti gli attributi di un guarito (però col polso a 120) fu licenziato il 23, 7, 78.

Ben tosto, il 26, 7, la giustezza di queste diagnosi fu messa in questione, poichè il malato manifestò dei sintomi di un esaltamento maniaco, i quali, dal fatto che la melanconia precedente non poteva considerarsi come lo stadio prodromico di una mania, dal fatto che questa assunse presto il carattere ragionante, non poterono venire interpretati se non come segni di un disturbo circolare.

Il malato si fece gaio, ciarliero, irrequieto, viaggiò con 500 fiorini fino a Vienna, dove fece grandi compre senza scopo e commise eccessi di ogni genere. Mentre stava per intraprendere viaggi per Parigi e Londra, fu di nuovo condotto nel manicomio il 20, 8, 78. Mimicamente, psichicamente e somaticamente la sua personalità è tutt'altra. La ciera beata, gaia, il viso rosso, i bulbi oculari splendenti, la nutrizione florida, il turgore vitale elevato. Non si è mai sentito così bene come ora; sorprende la sua erudizione, l'acume della memoria e dei pensieri. Egli parla di filosofia, giurisprudenza e medicina, vuole laurearsi contemporaneamente a Vienna e a Parigi. Vuol presentarsi come candidato al Parlamento e percorrere la carriera diplomatica, che è poi una cosa facile. È il più felice degli uomini, comunque sia trattato non tanto bene dai suoi parenti, che non gli mandano danaro. Il sentimento elevato di sè stesso trova sempre nuovo alimento per l'enorme acceleramento nel decorso dei moti psichici. Umore gaio, grande ottimismo in tutto, benessere maniaco. Sonno deficiente, tendenza alle occupazioni senza scopo, che egli comincia con grande entusiasmo, ma poi mai conduce a termine. Immaginazione aumentata, parlantina eterna, grafomania senza fine. Dizione a doppio senso, con giuochi di parole. Grande tendenza per l'alcool e il tabacco, mentre non ne faceva uso quando era sano.

In mezzo a questo quadro maniaco si manifestò la sera del 2, 9, 78, senza alcun motivo palese, uno stato affettivo profondamente doloroso con coscienza notevolmente turbata, violento *tædium vitæ*, in base al quale tentò di strangolarsi. Nel giorno seguente il paziente non ricordò neppure di essere caduto in questo stato e raggiunse di nuovo l'acme della mania. Vuol andare a collocarsi a Parigi, scrive capitoli sopra capitoli alla sua biografia, ha una logica ed una dialettica frizzanti, è ironico, canta, fi-

schia, vorrebbe, potendo, metter sossopra tutto l'ordinamento dell'asilo, sempre pronto e capace a scusarsi e a motivare ogni cosa. Persiste l'umore gioviale, benchè sia isolato strettamente, fin dalla fine di settembre.

All'esame corporeo si notò tendenza alla flussione, una frequenza di polso sempre sopra 100, spesso a 120, pupille miotiche, faccia beata, nutrizione floridissima. Alla metà di dicembre la melanconia andò gradatamente scemando e la frequenza del polso si stabilì a 80-90. L'1, 1, 79 uscì in uno stato di leggera melanconia.

Ai primi di febbraio cadde di nuovo in melanconia, la quale non fu di così lunga durata, nè raggiunse l'intensità del primo accesso; si limitò al quadro di una melanconia senza delirio con leggera ansia precordiale, la quale ebbe termine in giugno.

Ai primi di luglio rividi il malato; mi sembrò lucido, vale a dire nè melanconico, nè maniaco. Alla fine di luglio si stabilì di nuovo la mania. Di nuovo cominciò a far viaggi senza piano, eccessi di ogni genere a gettar denaro, a scrivere volumi di lettere a casa, con minaccia di uccidersi se non gli mandavano denaro. Nei libri d'albergo si firmava Graf Kristalnig, dottore in giurisprudenza e in medicina. Il 27, 8, 79 fu condotto nell'asilo di Klagenfurter, dal quale evase con grande scaltrezza il 26, 10. Il giornale di questo manicomio, inviatomi cortesemente, mi fece conoscere che il malato era in preda ad un quadro morboso, tipico come i precedenti, di esaltamento maniaco.

Osservazione LXXIII.

Pazzia circolare a brevi periodi maniaci e melanconici. Guarigione.

Jager, 18 anni, figlio di contadini, fu condotto al manicomio il 30 dicembre 1874. Il padre è un beone consumato, la madre è imbecille, estremamente bigotta e presa spesso da congestioni cerebrali. Un fratello suo è uomo molto irascibile, attaccabrighe famoso. Da bimbo il malato era sano, ma originale e frivolo, e poco intelligente. A 9 anni ebbe un forte trauma al capo: perdette sangue dalle orecchie e rimase assai tempo privo di coscienza e di parola. Da quest'epoca fu soggetto assai alle congestioni cerebrali. A 13 anni si risvegliò l'istinto sessuale, il quale trovò sfogo in un onanismo smodato. Appunto al 13° anno divenne malato di mente, cupo, abulico, ansioso, insonne, si sentì perseguitato da spiriti maligni. Dopo un mese di questo stato, divenne nel corso della notte maniaco, allegro, sfrenato, più che mai eccedente in Bacco e Venere.

Questo stadio maniaco durò, sembra, un anno e fu seguito da una melanconia di 14 giorni e poi da una mania di 4 settimane. Cominciò d'allora in poi un'alternanza continua fra la mania e la melanconia. Il decorso di entrambe queste fasi si svolgeva presso a poco nel periodo di 2 mesi, la melanconica era però sempre più breve della maniaca e durava 8-18 giorni. Però nella Pasqua del 1874 ad una melanconia di 8-14 giorni seguì una mania duratura fino al 24 dicembre. Questa decorse sempre senza delirio. Il 24 dicembre si fece ad un tratto triste, cupo, abulico, il 29 era di bel nuovo maniaco.

All'epoca dell'ammissione è ancora maniaco. Forte, ben sviluppato e nutrito. Cranio piccolo in tutti i diametri, fronte angusta, sfuggente. Testa congestionata, leggermente tumida, pelso carotideo forte, compressibile, celere. Il 6 gennaio questo stato maniaco scomparve.

Fino al 24 contegno ordinato, calmo. In questo giorno si fece ad un tratto pigro, lento, cupo, abulico. Il 6 febbraio fu di nuovo lucido senza sintomi melanconici. Il 15 divenne ad un tratto melanconico. Il 28 maniaco (grande gaiezza, benessere, ecc.), il 15 marzo profondamente melanconico. È leggermente stuporoso, non vuol mangiare. La pelle del viso è rossa, la pupilla sinistra miotica, il polso è tardo, 56.

Il 26 libero nei movimenti, il 28 scomparsa della melanconia. Rimase lucido fino al 9 aprile. Da quest'epoca fino al 24 ebbe un leggero accesso di melanconia. E poi dal 24 aprile fino al 16 agosto non ebbe alcun accesso e fu mandato a casa. Cominciò ad occuparsi e si sentì bene, senonchè soffrì di forti cefalee e congestioni fino al 18 luglio 1876. Dopo una notte insonne divenne di nuovo gaio, cantava, fischiava, parlava molto, si aggirava all'intorno senza scopo; entrato in una chiesa disturbò la messa poi venne da sè, allegando di non sentirsi la testa a segno, allo stabilimento, dove fu ricevuto il 26, allegro, leggermente maniaco, col capo congesto, esaltato nella fantasia.

Questo stato si rivelò come esaltamento maniaco a colorito ragionante e scomparve alla fine d'ottobre. Rimase ancora molti mesi in osservazione e siccome l'aspettato ritorno della psicosi circolare non si verificò, fu licenziato come guarito.

Osservazione LXXIV.

Pazzia circolare a brevi periodi melanconici e maniaci.
I primi si manifestano spesso sotto forma stuporosa
e si ha così uno stato di passaggio alla forma maniaco-stuporosa
della pazzia circolare.

Trieb, 16 anni, servo, trovatello, fu condotto al manicomio il 16, 1, 75. Fin dall'età di 10 anni andò soggetto a nottambulismo ed a sussulti notturni. L'anamnesi non lascia rilevare dei fenomeni veramente epilettici od epilettoidi. Nel 1870 cadde da grande altezza sulla fronte; rimase incosciente, 3 giorni senza parola e 14 giorni in letto. Dopo questo trauma si verifica per solito ogni 14 giorni, uno stato di agitazione, durante il quale va errando vagabondo, si mostra molto eccitabile e confuso, eccede negli alcoolici, diviene minaccioso e brutale. In uno di questi stati, evidentemente maniaci, bruciò la casa del padre adottivo, che a stento riuscì a salvarsi.

Nelle prime tre settimane d'osservazione il malato si mostrò in preda ad uno stato stuporoso, che assunse da ultimo tutto l'aspetto della demenza. Due medici legali lo giudicarono simulante, due altri realmente demente. Il tribunale emise ordinazione che fosse condotto in osservazione al manicomio, dove arrivò demente. Dopo pochi giorni, la *demenza* era scomparsa e il malato narrava con grande contentezza che egli aveva assunto l'aspetto del pazzo apatico soltanto dietro consiglio dei suoi compagni di carcere, per sottrarsi alla punizione. Il malato è molto piccolo, arrestato nel suo sviluppo corporeo, offre appena i segni di una pubertà incipiente. Circonferenza cranica 52 centim. Nessuna traccia di trauma. Fino all'8, 2, 75 non lasciò osservare nè fisicamente, nè mentalmente alcun che di straordinario. Nel detto giorno si mostrò alterato mimicamente, eccitato, minaccioso, smanioso di libertà; si dichiara un pezzo da galera, col quale non è lecito prendersi spasso, perchè nessuno conosce la sua forza. Grande celerità nel corso delle idee e nella parola. Racconta fra grandi risate le sue precedenti birbanterie, si ride dei giudici e dei medici, che egli ha ingannati. Eccitamento collerico; è scontento, ghiotto, scomposto, ragionante. Ciera animata, sguardo provocante, occhio acceso, leggera flussione al capo, insonnio.

Il 27, 2, rapido passaggio della follia ragionante melanconica in uno stato di stupore doloroso.

Il malato è pallido, senza parole, con sguardo rigido, guancie bianche, pupille dilatate, arterie rigide, contratte, estremità fredde, leggermente cianotiche, ciera ansiosa. È necessario alimentarlo artificialmente.

Il 13, 3, cessò lo stupore ansioso. Il malato racconta che era in una grande confusione, che voleva parlare ma non poteva. Vedeva al suo letto uno spirito bianco. Egli descrive questo stato come *convulsione dello spirito*, lo riconosce come morboso, mentre ciò non avviene durante il periodo maniaco. Fino agli ultimi di marzo il malato si mostrò lucido, calmo, moderato. Poi subentrarono alcune notti, durante le quali lo spirito bianco gli apparve di nuovo.

Dall'1 al 18, 4, ridivenne leggermente maniaco, irrequieto, turbato, indiscreto, scontento di ogni cosa.

Dal 18 al 29, 4, cadde in uno stato di ansia stuporosa, che scomparve presto; durante questo stato aveva sempre la visioned ello spirito, era oppresso dall'ansia, senza parola, come paralizzato, credeva di dover morire.

Il 30 si ebbe ancora lo stato maniaco, durante il quale si mostrò insolente e ragionante; si mise una barba di stoppa per imporre maggiormente. In complesso si osservò una esatta riproduzione degli accessi precedenti.

Dal 23, 25, 5, rimase lucido, dal 30, 5 al 15, 6, ebbe stupore melanconico (senz'ansia, senza visioni); da quest'epoca fino al 4, 8, rimase lucido, poi fino al 19, 8, maniaco, fino al 10, 9, maniaco, fino al 6, 11, maniaco, fino al 2, 12, 75, lucido. Nella notte del 3 ebbe una visione della madre adottiva come se essa fosse cadavere. Dal 3, 12, al 24, 12, accesso maniaco (divenuto mite dietro l'amministrazione sottocutanea 2 volte al giorno di morfina a 0,03). Dal 24, 12 all'11, 1, 76, rimase lucido; da questo giorno fino al 12, 2, maniaco, fino al 23, 3, stuporoso-melanconico, fino all'1, 4, maniaco, fino all'11, 4, stuporoso-melanconico, fino al 27, 6, maniaco, fino al 9, 7, lucido. Da quest'epoca fino al 18, 7, subì uno stato mite di melanconia (oppresso semplicemente, triste, addolorato, ma non stuporoso e neppure incapace al lavoro); seguì a questo uno stato melanconico leggero, che durò fino all'1, 10.

Fino al 12, 10, il malato fu nuovamente lucido, poi per alcuni giorni leggermente melanconico (depresso, turbato nella mimica, taciturno), poi di nuovo lucido fino al 16, 1, 77, epoca in cui si stabilì un leggero stato maniaco che durò fino al 27, 1. Questo chiuse la successione delle fasi circolari. Poi fino dal 19, 6, 77, il malato non offrì più nulla di abnorme e fu licenziato come guarito. Fino al 18, 8, 78, il malato si mantenne sano. In questo giorno, dopo un lavoro faticoso si stabilì uno stupore melanconico. Col riposo in letto e la buona nutrizione il malato era ristabilito l'1, 9. Narrava di essere divenuto tardo e pigro, di risentire sovente uno stato di ansia terrifica al cuore, ma di non aver avuto alcuna visione. Nessun fenomeno d'altronde che accennasse all'epilessia.

In appendice a questi quadri clinici, che si avvicendano in un circolo di stati melanconici e maniaci, è bene far conoscere una forma costituita tipicamente degli stati alternantisi di eccitamento maniaco e di stupore. Una buona parte di questi casi Kahlbaum ha compreso nella sua *catatonia*. Anche Dittmar (op. cit.), il quale alle anomalie dell'umore attribuisce anzi tutto un'importanza secondaria, ricorda di tali stati di pazzia ciclica con alternanza di fasi maniache a fasi stuporose caratteristiche.

Questa varietà è più rara delle precedenti. Colpisce quasi esclusivamente i maschi all'epoca della pubertà e alla fine di essa. In tutti i casi di mia osservazione si osservarono dei fenomeni degenerativi. Cause occasionali furono gli eccessi masturbatorii o le forti emozioni. Uno stadio prodromico di depressione melanconica della durata di giorni e persino di mesi apriva la scena. La pazzia ciclica cominciò col quadro dello stupore o dell'eccitamento maniaco, che in seguito si andarono alternando. Talvolta si ebbe un lucido intervallo, sempre di breve durata, fra i singoli accessi. Furono anche osservate delle remissioni notevoli, massime nello stadio stuporoso. La durata del quadro morboso variò, nello stesso e nei diversi individui, da giorni a mesi. I diversi stadi passavano per lo più immediatamente gli uni negli altri.

La fase stuporosa era caratterizzata da stati di disordine psicomotorio intercorrenti, della durata di ore, in forma di posizioni forzate, di movimenti coatti, verbigerazione, discorsi a dizione sconvolta, a contenuto religioso. I quadri maniaci si manifestarono assai diversi dalla mania comune, per la loro espressione comica nei gesti e nella dizione, la tendenza a verbigerare, a ripetere indefinitamente le stesse parole, per gli atti automatici, impulsivi (aggirarsi tutt'all'intorno, far capitomboli); i quali, evidentemente basati su di un fondo degenerativo e masturbatorio, alteravano notevolmente il quadro della mania genuina. Nel maggior numero dei miei casi seguì la guarigione, dopo uno stupore di lunga durata con stati episodici di eccitamento che divenivano sempre più rari, il quale chiuse la serie dei quadri morbosi.

La terapia fu sempre a prevalenza sintomatica. Fu rivolta una speciale attenzione contro l'onanismo in tutti i malati, anche nello stadio stuporoso. In alcuni casi il bromuro di potassio e l'idroterapia tornarono utili.

Osservazione LXXV.

Pazzia circolare maniaco-stuporosa.

Schaffer, 22 anni, celibe, servo, derivato da famiglia apparentemente sana; tuttavia il padre alcun tempo prima di morire presentò un certo disordine mentale e la madre soffre abitualmente di cefalea.

Il malato rimase sano fino alla pubertà. Da quest'epoca divenne malaticcio, cominciò a soffrire indebolimento corporeo e cardiopalmo e fu rifiutato come militare. Forse trattavasi dell'influenza nociva della masturbazione, alla quale il malato si dedicò assai presto e fortemente.

Egli appunto a questa causa attribuisce la sua confusione di mente, la sua debolezza.

Nel 1877, dopo una forte emozione, divenne ad un tratto stuporoso e ad intervalli furioso. Dopo 8 giorni ridivenne completamente sano.

Il 25, 8, 78, andò a una festa da ballo, bevve molto e ricevette un grave affronto dalla sua amante.

Il 26 si mostrò pigro, di cattivo umore; dopo alcune ore si aggirava qua e là stuporoso, senza scopo.

Il 28 cominciò a gesticolare, a verbigerare, a infuriarsi. Rompeva, si rotolava sul pavimento, parlava completamente senza senso.

Il 30 divenne nuovamente stuporoso e in questo stato venne alla clinica. Malato di media statura, abbastanza ben nutrito. Cranio rombocefalo, palato limbico, stretto. Pupille dilatate, pigre a reagire. Del resto somaticamente non vi ha nulla di notevole. Giace apatico sul pavimento, muto, stuporoso, mantiene la posizione che gli si dà.

Il 31, 8, si ebbe di nuovo uno stato d'agitazione. Verbigera, recita in tedesco puro dei brani di Bibbia, predica, muove le mani in modo teatrale, parla in modo assai patetico anche di cose insignificanti, per es. 2 volte 6 fa 12, 18 è mio fratello, ecc. Quando lo si vuol rinchiudere diviene disperato, grida, strepita, scroscia i denti. Lasciato libero, col pugno levato e con ciera minacciosa grida: « vieni qui ora ». In certe ore è di nuovo calmo, quasi lucido, fino ad aver coscienza della propria malattia; talvolta si manifestano ancora degli stati di stupore della durata di più ore, con pose teatrali e atteggiamenti catalettiformi, ma per lo più

fino al 16, 9 rimase in uno stato di eccitamento maniforme, con insonnio e grande disordine; in chi lo contorna riconosce dei parenti, parla profusamente e confusamente in tedesco puro, con dizione patetica, appassionata, in cui spesso fa entrare Dio, la madre di Dio, la sua diletta.

Il 16, 9, divenne nuovamente stuporoso e così rimase fino al 14, 11. È profondamente turbato in coscienza, lucido, si notano temporaneamente delle posizioni catalessiformi; rimane per ore intere nello stesso luogo, cogli occhi fissi nel vuoto e stralunati. È per lo più stupido, soltanto in modo transitorio parla qualche volta patetico, « vi è un Dio in tre persone » e poi seguita per qualche poco a verbigerare « Flug, Fliege, Flek ». Del resto è ottuso, stupido. Il giorno 13 è presso a poco lucido. Racconta come il sangue gli si fosse fermato al capo, rimanendo perciò confuso e vertiginoso. Realmente si notò spesso al viso un rossore risipelatoso. Si potè constatare che il paziente si masturba anche durante lo stato stuporoso, che appunto per questo si accresce. (Bromuro di potassio, frizioni, trattamento ricostituente).

Il 14, 11, comparve nuovamente lo stato di esaltamento. Diviene insonne, predica, parla pateticamente su qualunque argomento: « questa è la casa della disgrazia, io non so nulla, questa è una porcheria »; segue la verbigerazione: « Fisch, Fischerl, Flaifisch, Stockfisch, ecc. ». Grande disordine, parole senza costrutto, grande turbamento della coscienza. Nei vicini riconosce dei papi, dei vescovi. Non può parlarsi di umore stabile, poichè si trovano vicinissimi dei momenti gai e dolorosi. È in uno stato speciale di agitazione motoria, riduce in atomi quanto è alla sua portata, si aggira per delle ore intorno al proprio asse, con parole senza nesso, p. es.: vero — causa — fratello — Antonio — a destra — tiene — medico militare — no ecc. Poi assume gli atteggiamenti più strani; una volta inoltre si ebbe una certa impulsione metafisica.

Il 29, 11, divenne calmo, stuporoso. Lo stupore (uguale al precedente), scomparve ai primi di dicembre, ma esiste ancora una certa rigidità nella ciera e nel contegno, con tendenza ad assumere posizioni strane. La lingua divenne libera e sciolta come in addietro. Alla metà di dicembre si fece totalmente calmo, ordinato, motoriamente libero.

Racconta di ricordare ogni particolarità della sua malattia: ebbe sempre una grande confusione al capo, tutto gli passava davanti ed egli non ne era che un semplice spettatore; talvolta provava ai piedi e alle mani delle sensazioni dolorose, come se mancasse loro la vita.

Il 16, 1, 79, fu licenziato guarito.

2° *Pazzia periodica idiopatica in forma di delirio* (1).

Si osservano dei casi idiopatici di pazzia periodica, i quali decorrono sotto la forma del delirio e si distinguono nettamente dalla mania e melanconia periodiche e dalla pazzia circolare, per la breve durata degli accessi, il turbamento profondo della coscienza e i disturbi psicomotorii.

Kirn ha descritto questi stati sotto il nome di « tifosi centrale a brevi accessi ». Io ritengo che il punto più importante per la diagnosi sia il carattere delirante degli accessi.

Egli è appena possibile stabilire dei punti fisiognomici generali in questi casi tanto individualmente e indefinitamente diversi.

Sintomi costanti sono l'esordio brusco, la rapida scomparsa, il disturbo profondo della coscienza che è allo stadio crepuscolare o di sogno, il carattere disordinato del delirio, che può essere ipocondriaco, persecutorio o grandioso, i disturbi motori che parlano per un processo diretto di irritazione nei centri psicomotori del cervello anteriore, i quali si manifestano nella forma così detta catatonica od automatico-impulsiva, sono forzati nella mimica, nella parola, nel contegno e nei movimenti delle estremità e ad ogni accesso si riproducono stereotipicamente. Alcuni fra i miei malati mostrarono sempre gli stessi movimenti di digrignamento, gli stessi atteggiamenti grotteschi e da saltimbanco, gli stessi movimenti coatti. Non di rado si osservò anche un corso delle idee accelerato e confuso, con verbigerazione.

Questi stati hanno molto di comune cogli equivalenti psichici dell'epilessia (2), massime con quelli protratti.

(1) Kirn, op. cit., p. 77.

(2) Cfr. Morel, *D'une forme de délire etc.*, Paris, 1860; lo stesso, *Traité des malad. ment.*, p. 480; Samt, *Epil. Irreseinsformen*, p. 440; Pick, *Beitr. zur Klinik der Geisteskrankheiten, Arch. f. Psych.*, xi, H. 1, pag. 1-11, riporta un caso di questa categoria, a base indubitatamente epilettica.

Non di rado si osservarono anche nei miei malati degli accessi epilettoidi. Tuttavia rimane giustificato il tenere questi stati distinti dall'epilessia. La ripetizione degli accessi ha luogo sempre presso a poco dopo uguali intervalli od anche in gruppi e serie vicinissimi fra loro.

La prognosi non è assolutamente infausta, come quella di ogni pazzia periodica che decorre a brevi accessi. Talvolta si osserva la guarigione. È frequente la lunga assenza dei parossismi, seguita poi abitualmente da accessi che si presentano con intensità e frequenza maggiori. Il bromuro di potassio a me sembrò in alcuni casi ritardasse la ripetizione degli accessi, e che la morfina per via ipodermica abbreviasse la loro durata e mitigasse il decorso.

Osservazione LXXVI.

Pazzia periodica idiopatica in forma di delirio.

Bratschko, 51 anni, celibe, falegname, fu condotto all'ospedale il 23, 4, 78, per aver detto cose stranissime e commesso azioni insensate in una osteria.

È alto, con cranio normale, senza tracce di lesione, ha ciera confusa, totalmente deformata. All'infuori di un enfisema polmonare e di un'ipospadia non si osserva nulla che sia degno di nota nel corpo. È immerso in uno stato crepuscolare speciale ed è assai confuso. Crede di essere già da 5 giorni in una casa di salute, dove i malati vengono battuti; dice che si potrebbe avvisarlo francamente, come pure appiccarlo o decapitarlo; dice di aver tre figli, egli stesso di essere il terzo. Suo padre lo ha stregato, convertito in un cavallo e venduto. Gira confuso qua e là, ha tendenza a raccogliere tutto, riconosce spesso i compagni in modo ostile, va blatterando di essere morto, dice mille stranezze e via dicendo.

Ai primi di maggio scomparve rapidamente questo stato speciale di semicoscienza, intorno al quale il malato non conserva che un ricordo sommario.

Narra che suo padre era epilettico, molto irascibile e lo batteva spessissimo; che egli stesso in seguito a una caduta da un ponte, con consecutivo forte spavento, divenne epilettico all'età di 27 anni; di aver avuto in seguito assai spesso accessi convulsivi, ma che anche all'età di 21 anni

rimase confuso e agitato per un breve periodo, durante il quale lo si dovette legare.

Informazioni esatte dànno che il malato fin da anni va errando vagabondo. Gli antecedenti epilettici si limitano alle notizie fornite dal malato. L'ulteriore osservazione di anni 4 1|2 non lasciò scorgere alcun segno sospetto di epilessia. Tuttavia mostra intervallarmente il quadro squisito del carattere epilettico. È un uomo moroso, irritabile, irascibile, lagnoso, sempre scontento di tutto e di tutti; ma però non manca di aver mai il libro delle preghiere in tasca, Dio continuamente nella bocca e di tirar fuori una grande umiltà cristiana.

Il 31, 10, 78, dopo una notte insonne e dopo un periodo di grande irritabilità, il malato si mostrò mimicamente alterato e colla coscienza profondamente turbata. Si dichiara nessuno, un papagallo, il quale pei suoi molti studi è divenuto pazzo. Tutto se ne è andato da lui, egli è il diavolo. Pensiero accelerato, profondamente confuso. Si dibatte, si strangola il pene, digrigna i denti, sta sopra una gamba, prende posizioni difficili, talvolta rimane sul pavimento, nell'attitudine di Gesù crocefisso. Stato sonnambolico duraturo, con riconoscimento ostile di chi lo circonda ed evidentemente con allucinazioni terrificanti. Come reazione a questo stato si hanno grida, gemiti, esplosioni clamorose.

É insonne, prende poco cibo; il polso è molto frequente, i bulbi sono anestesici, l'angolo labiale destro è paretico. Dopo uno stato crepuscolare di più giorni, uguale al primo, quest'accesso ebbe fine il 15, 11.

Il malato ne ha soltanto un ricordo sommario, motiva le sue tendenze sconvolte sull'umore cattivo e l'ansia forte; sentiva dire che gli si voleva dare il martirio. Dopo si mostrò irritabile, querulo, svogliato, bigotto, scontento dei suoi vicini, eretici e grandi peccatori, che egli molesta col suo libro da messa.

Il 9, 5, 79, dopo un periodo di più giorni di esagerata morosità, irritabilità ed insonnio, divenne nuovamente confuso in modo grave, con ciera ansiosamente turbata. Urina in letto, presenta di bel nuovo le solite posizioni fisse, i soliti movimenti coatti, prega i vicini di scusarlo, chiama il medico maestà, si crede in uno stabilimento politico imperiale e chiede all'imperatore: « perchè permetti tu che mi si dia il martirio, signor imperatore?». Confusione sonnambolica; semina il suo cibo all'intorno, mette il pene nella zuppa, lacera impulsivamente il suo vestito, fa capitomboli, rimanendo ritto sul capo, poi assume la posizione di Cristo crocefisso e fa dei movimenti come se fosse dentro l'acqua.

Il 23, 5, si ebbe una remissione di più ore, con lucidità dolorosa della coscienza, durante la quale narrò che egli si sentiva morire dall'ansia, che si vedeva circondato da fiamme e che perciò era agitato. Dopo uno

stato crepuscolare di più giorni, nel quale di bel nuovo il medico era riconosciuto come una maestà, l'accesso scomparve il 2, 6.

Il 6, 10, nuovo accesso, che durò fino al 21, 10, e si mostrò nelle sue linee generali del tutto uguale ai precedenti. Il malato si fece di nuovo profondamente confuso, mimicamente turbato. Vuole estrarsi i denti, vuol gettarsi dalla finestra. Desidera di essere bandito, brigante nelle montagne, parla molto di battaglie, di fuoco; gli si potrebbe pur tagliare il capo ed egli in 3 giorni risusciterebbe di nuovo. All'acme dell'accesso si notarono di nuovo i movimenti coatti (capitomboli, giri intorno al proprio asse, salti mortali, ecc.) con riconoscimento ostile del vicinato, acceleramento e confusione nel corso dei pensieri, che si aggirano intorno a morte, sangue, fuoco, nomenclatura divina, maestà, ecc. Parla molto della madre di Dio, è divenuto un profeta, ora un imperatore; l'imperatore ha ucciso di notte l'imperatrice e il medico viene confermato imperatore.

L'11, remissione di più ore, nella quale riconosce momentaneamente chi lo contorna. Poi di nuovo profondo disorientamento, nel quale il malato parla di sangue, di fuoco, di diavolo, di tagliarsi mani e piedi. Dal 14 in poi entra in uno stato crepuscolare, nel quale da quando a quando salta fuori il sangue, il fuoco. Crede di aver ucciso il padre e la madre e che vi sia un grande lago di sangue sul pavimento.

È degno di nota che ogni volta nell'acme dell'accesso le arterie sono contratte spasmodicamente, le estremità fredde e leggermente cianotiche, e che colla scomparsa dell'accesso scompare anche lo spasmo vasale, il polso si fa più pieno, più molle, le estremità ridivengono calde.

Anche in seguito il malato dimostrò il carattere moroso, irrequieto, lagnoso dell'epilettico, senza che mai fosse stato possibile di sorprendere un qualche accesso veramente epilettico.

Nuovi accessi deliranti tipicamente uguali fra loro si ebbero dall'11, 11 fino ai primi di dicembre 79, dal 24, 12, 79 fino al 5, 1, 80; dall'11, 2 fino al 23, 2; dal 6, 6 fino al 20, 6; dal 12, 7 fino al 18, 7; dal 3, 8 fino al 29, 10 (accesso con remissione); dal 17, 11, 80 fino al primo di gennaio 81; dal 29, 1, fino al 12, 6; dal 20, 6 fino al 18, 9; dal 5, 10, fino al 25, 2, 82; dal 12, 3 fino al 7, 4, ecc.

Le iniezioni di morfina intraprese fin da principio, fecero abortire l'accesso, o almeno ne mitigarono il decorso. Il bromuro di potassio (fino a 8 gr.) non riuscì mai a nulla.

Le funzioni intellettuali nel corso degli ultimi anni subirono un certo indebolimento.

II. — Pazzia periodica di origine simpatica.

Qui si tratta di stati morbosi mentali, i quali vengono provocati da uno stimolo periferico che colpisce il cervello. Come questi stimoli esercitino una simile influenza, si spiega premettendo una disposizione morbosa di questo organo, che in questi casi è senza eccezione dimostrabile e per lo più in via ereditaria. Nel maggior numero dei casi questi stimoli partono dal sistema dei nervi genitali e sono specialmente il processo delle mestruazioni, come pure, secondo le osservazioni di Kirn, le malattie uterine, che spesso sono origine di disturbi mentali parossistici a frequenti accessi e con un quadro sintomatico congruente e tipico.

Pazzia periodica mestruale (1).

La forma più netta di pazzia simpatica è la mestruale, quella cioè i cui accessi sono collegati al tempo e al processo della mestruazione, e si manifestano clinicamente, parte sotto lo schema di una psicosi (mania, raramente melanconia), parte sotto quello di un delirio. In tutti i casi di questa pazzia mestruale, si trattò sempre di un cervello abnormemente eccitabile ab ovo, capace di reagire patologicamente tanto prima della venuta degli accessi, come negli intervalli di questi. I più degli individui affetti da questa forma erano disposti ereditariamente; tutti offrivano cioè una costituzione neuropatica, erano imbecilli originarii o presentavano dei segni di degenerazione funzionale e persino somatici.

La costituzione neuropatica si manifestò precocemente, per lo meno fin dalla pubertà. Nei più, anche nei periodi non morbosi, le mestruazioni erano accompagnate da disturbi nervosi,

(1) Cfr. dell'A. *Aufsatz Archiv. f. Psych.* VIII, H. 1; Schlager, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 15, p. 457; Schröter, *id.* 30, p. 551 e 31 H. 2; Zehnder, *Wien. med. Presse* VI, 38; Winge, *Norsk. Magaz.* 3, R. III, 6; Weiss, *Leidesdorf, psych. Studien* 1877; v. pure vol. I di questo trattato, pag. 196.

da eccitamento psichico e da malumore. In certi casi la psicosi sessuale è preceduta da neurosi di altro genere (isterismo, istero-epilessia), o ancora da accessi di pazzia non periodica.

In molti casi sono sufficienti i più futili motivi esterni (emozioni, eccessi alcoolici, malattie corporee), sulla base di una disposizione preesistente, a far insorgere la malattia nell'epoca di una mestruazione profusa. Una volta che la malattia è scoppiata, basta il processo mestruale colla sua influenza, che anche fisiologicamente aumenta l'eccitabilità del sistema nervoso centrale, a chiamare in scena il parossismo, mentre poi, come nei disturbi dell'epilessia, esiste un'alterazione funzionale permanente del cervello. È degno di nota che nei casi già radicati, anche quando il flusso mestruale non corre, però l'accesso è solito ripresentarsi periodicamente nel tempo in cui dovrebbe aver luogo l'ovulazione.

Il primo accesso può presentarsi in uno qualsiasi dei periodi mestruali della vita sessuale, in generale tanto più presto quanto più grande è la disposizione.

Le malattie dei genitali, l'irregolarità delle mestruazioni si osservano di frequente; tuttavia però la malattia si può osservare anche quando l'apparato sessuale si presenta normale funzionalmente e anatomicamente.

La patogenesi deve essere ricercata nei disturbi vasomotorii, i quali si stabiliscono in via riflessa dai nervi delle ovaie eccitati durante l'ovulazione, fino al cervello. Che il processo fisiologico della mestruazione basti a provocare un riflesso considerevole, si spiega coll'alterazione del cervello degli individui disposti alla pazzia mestruale. E così, proporzionati al grado di questa disposizione, si manifestano i sintomi nervosi mestruali, i quali possono estendersi da una semplice emicrania fino agli accessi di vera pazzia.

Che i centri dei nervi vasali ed uterini siano fra loro prossimi e manifestino una reazione analoga sotto dati stimoli, è da ammettersi stando alle recenti esperienze fisiologiche (Cfr. Schlesinger, *Wien. med. Jahrb.* 1874, II. 1).

Fra i prodromi della pazzia mestruale, i quali talvolta precedono da parecchi giorni la malattia, si ha l'insonnio, la grande irritabilità emotiva.

Non di rado si osserva anche uno stato flussionario, con cefalea, vertigine, senso di oppressione all'epigastrio, che costituiscono il complesso sintomatico.

La pazzia mestruale si osserva ora dopo, ora prima, ora durante le mestruazioni. Questo rapporto di tempo colle mestruazioni può alterarsi nel corso della malattia, senza che per ciò il quadro morboso subisca alcuna modificazione essenziale. Nei casi di pazzia premestruale, l'accesso scompare spesso al giungere delle mestruazioni.

La pazzia mestruale spicca fra le altre forme di pazzia periodica perchè comincia e finisce bruscamente, perchè i singoli accessi si assomigliano gli uni agli altri persino nei loro minimi dettagli, perchè la personalità nell'accesso è tutt'altra di quella di prima e perchè nello stato intervallare si osservano molti sintomi psichici e nervosi.

Il quadro morboso, che può presentarsi sotto forma di delirio maniaco, massime furioso, di delirio melanconico od allucinatorio, riceve un' impronta caratteristica dal brusco esordio e dalla brusca scomparsa degli accessi, dalla flussione per lo più molto accentuata al cervello, dal disturbo profondo della coscienza, con stato sommario relativo della memoria, dalla comparsa quasi costante delle allucinazioni, dalla frequente guarigione passando per uno stadio di stupore. I sintomi intervallari, che giammai mancano per parte del sistema nervoso, sono in parte l'espressione della costituzione neuropatica, in parte i sintomi di un'affezione isterica o nervosa di altro genere che vi si collega. Questi spesso difficilmente possono distinguersi dai segni prodromici dell'accesso (ottusità, stupore).

È degno di rimarchevole nota il polso sempre tardo anche nei periodi intervallari, poi l'eccitabilità sessuale, che non di rado trova sfogo nella masturbazione.

Si dànno casi, in cui ad ogni epoca mestruale l'accesso si ripete in modo tipico. Col tempo gli accessi divengono sempre

più intensi e più gravi e nello stesso tempo più lunghi. Si arriva così agli stati secondari d'indebolimento (disordine generale, demenza). L'eccitamento può rendersi permanente e così da un accesso si può passare addirittura nell'altro.

Può aver luogo un arresto spontaneo degli accessi in via temporanea, e talvolta in seguito a una grave malattia acuta (tifo), o quando subentra l'amenorrea, portando con sè l'arresto dell'ovulazione e togliendo la causa occasionale al ripetersi degli accessi; talvolta basta l'influenza morale del ricovero nell'istituto.

La prognosi, nei casi di malattia non inveterata e in cui gli accessi non si riproducono regolarmente, non è infausta, quand'anche non possa disconoscersi la disposizione. Terapeuticamente l'indicazione causale è riempita coi rimedi contro la costituzione neuropatica, vale a dire col moderare l'esagerata eccitabilità del cervello mediante la dieta psichica, col sedare l'eccitamento sessuale, col rafforzare la costituzione (idroterapia), colla cura dell'anemia (ferro), delle malattie sessuali che per caso fossero in corso, delle anomalie mestruali (trattamento ginecologico).

La profilassi di ogni singolo caso necessita l'esatta conoscenza dei periodi mestruali, se cioè l'accesso sia prima, durante o dopo le mestruazioni; si tenterà di togliere a tempo l'eccitabilità esagerata, nel periodo pericoloso, col bromuro di potassio a non meno di 6 gr. per giorno, e secondo le circostanze fino a 10. Nel tempo intermestruale, si diminuisca la dose per tener lontano l'avvelenamento bromico. Nell'amenorrea e nelle mestruazioni irregolari si deve dare durevolmente il bromuro a piccole dosi (4-6 gr.) Si arrivi a 8 gr. non sì tosto le mestruazioni si ristabiliscono. L'atropina, usata da Weiss (op. cit.), come pure l'ergotina impiegata da Schlangenhausen, *(Psych. Centralblatt.* 1877, 2), nei casi di mia osservazione non ebbero neppure un'azione mitigante.

L'indicazione sintomatica consiglia, in certi casi, il riposo in letto e l'isolamento. Il bromuro non tronca veramente gli accessi, ma li rende più miti. Quando esiste una flussione forte, la vescica di ghiaccio e i bagni riescono utili. In tutti i casi inveterati, le iniezioni di morfina mitigano e abbreviano gli ac-

cessi. La morfina a piccole dosi cambia il polso tardo in celere e corrisponde quindi, nel campo vasomotorio, a un'indicazione fornita dal complesso sintomatico. In via profilattica riesce però senza valore.

Osservazione LXXVII.

Mania mestruale periodica.

Frl. A. S., 23 anni, sorella della malata che è oggetto dell'osservazione 20; da bambina era scrofolosa, si sviluppò in modo straordinariamente precoce, ebbe sempre ingegno, ma tuttavia fu sempre molto eccentrica, dedita alle fantasticherie, nervosa, emotiva, eccitabilissima. I mestrui apparvero a 16 anni, in seguito furono regolari ma profusi. A 18 anni si ebbe un quadro morboso isteriforme, con convulsioni cloniche e toniche. Più tardi ebbe grande nervosità e frequenti deliqui.

Nell'estate 1874 la malata si innamorò di un signore che non le badava punto, cominciò a fantasticare cose assurde e finalmente dai suoi parenti le fu fatto conoscere che questo amore era un'illusione; in seguito rimase ipocondriaca, depressa melanconicamente, divenne abulica, cominciò a credere di avere un vizio di cuore, di dover presto morire.

Il 20 ottobre mestruazioni e alcuni giorni dopo umore esaltato, irruento, irrequieto, insonnio.

Il 30 ottobre si sviluppò entro poche ore il quadro di una forte mania. Ebbe affetti gai fino all'estasi, grande agitazione motoria, ideorrea, confusione, eco sillabica e vaneggiamento, con direzione erotica del delirio. Essa è gravida, parla sempre di cuore, di amore, del suo divino Teodoro, al quale essa ha donato il cuore e la mano. Minaccia e batte chi l'avvicina. Salivazione, nessun fenomeno flussonario al cervello. Polso piccolo, 80, punto anemia, nessun disturbo funzionale motorio o sensitivo, costipazione. Bagni prolungati. Bromuro di potassio 4 gr.

Il 6 novembre rapido passaggio della mania in calma, lucidità con coscienza della malattia. La malata è molto emotiva, molto ottusa e bisognosa di riposo in letto. La malata ha soltanto un ricordo sommario della sua malattia. Cefalea, ideorrea ed insonnio, che si mitigarono un po' coi bagni prolungati. Il 12 novembre mestruazioni profuse fino al 18 novembre. Il 16 novembre si impiegò il bromuro di potassio.

Il 25 novembre la malata senza alcun motivo divenne maniaca dopo una cefalea di più ore. L'accesso insorse rapidamente e raggiunse l'acme nel

ciclo di poche ore, presentando un quadro analogo al precedente: affetti espansivi, violenza, erotismo, enorme ideorrea e confusione, trasformazione della personalità come la prima volta. Il 6 dicembre rapida scomparsa della mania, gli stessi fenomeni intervallari come dopo il primo accesso. Dal 25 novembre fino al 6 dicembre la malata prese 8 gr. di bromuro al giorno. Questo fu pure amministrato durante il parossismo, ma senza successo. Dall'11 al 16 dicembre apparvero le mestruazioni, il 20 dicembre, dopo una notte insonne e un po' di cefalea, ebbe un nuovo accesso maniaco fino al 28, ritratto fedele dei precedenti. Poichè il nesso periodico mestruale della malattia era indubitabile, si proseguì nella dose del bromuro di potassio a 8 grammi, nella speranza di ottenere un'azione abortiva.

Il 7 gennaio ebbe pensieri foschi, sogni ansiosi, ma nessun segno di mania: dal 13 in poi prese 12 gr. di bromuro di potassio, il 15 ebbe cefalea, neuralgia intercostale. Il periodo critico (mestruale) passò senza accesso, ma dal 20 gennaio in poi si ebbero i segni di un'incipiente intossicazione bromica: grande sonnolenza, debolezza muscolare, polso piccolo e raro, toni cardiaci deboli. Il 5 febbraio mestruazioni, i fenomeni di intossicazione aumentarono. Stupore, paresi generale con sensibilità ed eccitabilità riflessa intatte. Saliva viscosa, anestesia faringea, polso radiale filiforme. Incapacità di mangiare, di sedere. Dietro l'uso persistente di 12 gr. di bromuro potassico, il tempo critico passò bene. Dal 20 febbraio la dose fu ridotta a 4 grammi. Deambulazione oscillante, grande stupidità; toni cardiaci deboli, polso filiforme, 114 puls. Dal 25 febbraio si sospese il bromuro. Dal 27 febbraio scomparvero lo stupore e la debolezza muscolare e cardiaca.

Il 10 marzo erano scomparsi completamente i fenomeni dell'intossicazione bromica. Il 10 marzo mestruazioni; 2 gr. di bromuro, il 13 marzo 6 gr., il 15, 8 gr., il 17, 6 gr., il 21, 3 gr. Nessun cambiamento nello stato della salute. Il 22 marzo il bromuro di potassio, che non aveva lasciato alcun segno d'intossicazione, fu sospeso.

All'infuori di leggeri disturbi nervosi, la malata negli intervalli è perfettamente sana. Il 4 aprile 4 gr. di bromuro, mestruazioni il 6 aprile, il 9 aprile 6. gr.; l'11 aprile scomparsa delle mestruazioni, il 13 aprile 4 gr., il 16 aprile sospensione del bromuro. All'infuori di un po' di mal di capo, non si potè osservare nulla di morboso; in seguito ebbe frequente il senso di globo e soffrì di neuralgia intercostale. Il 3 maggio mestruazioni; furono dati 4 gr. di bromuro, con aumento di 1 gr. al giorno. L'8 le mestruazioni cessarono, il 10 maggio prese ancora 6 gr. di bromuro, il 14, 4 gr., il 18 sospensione e perfetto benessere. Il 26 maggio mestruazioni alcuni giorni prima del tempo, 4 gr. di bromuro nei giorni seguenti, globo, lacrimazione, il 29 maggio 6 gr., il 30 cessarono le mestruazioni, il 1°

giugno il bromuro fu sospeso. Ai primi di giugno fu licenziata guarita. In seguito godè perfetto benessere corporeo e si notò la scomparsa completa dei disturbi isterici. I disturbi psichici non furono più osservati. Prima del tempo mestruale prese sempre delle dosi preventive nel modo indicato. Dal gennaio 1876 non riapparve alcun disturbo mentale in seguito alle mestruazioni, neppure dopo la sospensione del medicamento.

SEZIONE III

Malattie cerebrali con prevalenza di sintomi psichici

CAPITOLO I

Demenza paralitica (1).

Fra le malattie cerebrali con prevalenza di disturbi psichici, abbiamo la così detta paralisi degli alienati, la quale ha assunto una grande importanza mercè la sua frequenza ognor crescente per le attuali condizioni della società.

Ma anche nel campo delle ricerche scientifiche essa ha una grande importanza, clinicamente per la partecipazione integrale al quadro morboso dei disturbi motori e vasomotori, anatomicamente pel suo reperto cerebrale palpabile, che mantiene una connessione fra le malattie mentali e la rimanente cerebropatologia e che nel maggior numero dei casi, si rivela sotto l'aspetto della periencefalomeningite diffusa cronica.

(1) Riguardo alla letteratura fino al 1866, vedi *Rassegna* dell'A. nell'*Allg. Zeitschr. f. Psych.* 1866, H. 6. I più importanti lavori di poi furono: Westphal, *Arch. f. Psych.* I, p. 44; Schüle, *Sektionsergebnisse bei Geisteskranken,* Leipzig, 1874; lo stesso, *Allg. Zeit. f. Psych.* 32, p. 581; lo stesso, *Handb.*, p. 505; Voisin, *Traité de la paralysie gén. des aliénés,* Paris, 1879; Mendel, *Die progressive Paralyse der Irren,* Berlin, 1880.

Per tutte queste circostanze ed anche perchè il decorso è empiricamente chiaro e psichicamente progressivo, nonostante le alternanze del quadro morboso, e perchè arriva presto l'esito letale, questa malattia si manifesta come uno dei più importanti obbietti delle ricerche anatomiche e cliniche.

Le più recenti ricerche hanno messo in dubbio il fondamento anatomico unitario di questa malattia e contengono la probabilità che la demenza paralitica sia soltanto una denominazione clinica comprensiva, come è avvenuto tanto per la tabe quanto per la febbre puerperale. Queste ricerche lasciano adito alla speranza che, anche la demenza paralitica potrà scindersi in gruppi morbosi di una stessa famiglia, ma tuttavia distinguibili tanto anatomicamente che clinicamente; e ciò quando si saranno studiate le differenti forme di decorso e rinvenuti i gruppi sintomatici corrispondenti, aventi ognuno il loro reperto costante (1). Dal punto di vista clinico attuale, noi siamo però autorizzati a ritenere la demenza paralitica come un quadro morboso unitario, con gruppo sintomatico e decorso tutti a sè.

Clinicamente questa forma si può definire: *una malattia cerebrale cronica, quand'anche non in tutti i suoi stadi apirettica, con disturbi nelle funzioni vasomotorie, psichiche e motorie, con decorso progressivo, della durata aprossimativa di 2-3 anni e con esito quasi sempre letale.*

I disturbi psichici consistono in una diminuzione progressiva di tutta quanta la funzionalità intellettuale, fino ai gradi estremi della demenza apatica. Su questo fondo trovansi in modo variabile i quadri morbosi della melanconia, della mania, del furore, del delirio di grandezza, di piccolezza, persecuzione ed ipocondriaco, dello stupore, ecc.

I disturbi motori interessano generalmente i movimenti della coordinazione, che vanno alterandosi in modo variabile, ma progressivo, fino alla più completa ed irrimediabile atassia.

(1) Un tentativo in questo senso, degno di rimarco, si osserva nell'*Handbuch* di Schüle, p. 535.

In modo intercorrente si osservano molte insufficienze muscolari, paresi e persino paralisi, accessi apoplettiformi ed epilettiformi.

I disturbi vasomotori consistono in una paresi progressiva dei nervi corrispondenti, fino alla più completa paralisi dei medesimi. In via transitoria si osservano anche, in base a queste paralisi vasali, le vertigini, gli accessi congestivi e furiosi.

Dal punto di vista anatomico, la malattia fu considerata come meningite cronica (Meyer), come atrofia cerebrale (Erlenmeyer), cerebrite corticale generale (Parchappe), periencefalomeningite diffusa cronica (Calmeil). Quest'ultima denominazione è la più comprensiva e, pei casi di paralisi classica, è quella che si può adottare a preferenza. Fra i profani corre l'espressione, del resto ingiusta, di « rammollimento cerebrale ». Clinicamente la malattia si manifesta o come *demenza con paralisi* (inesattamente, perchè i disturbi motori non sono complicazioni, ma sintomi integranti del quadro morboso), o come *atassia motoria generale progressiva degli alienati, pazzia paralitica, demenza paralitica.*

Complesso sintomatico e decorso.

Prima di intraprendere la descrizione del dettaglio sintomatico di questo *gigante clinico,* è necessario gettare uno sguardo sul decorso complessivo e sul modo di aggrupparsi dei sintomi.

I primi ad apparire sono i sintomi vasomotori, poi vengono quelli psichici e motorii. I sintomi psichici possono stabilirsi contemporaneamente ai motorii o precederli, od anche in rari casi seguirli.

La malattia non comincia, come in addietro erroneamente si credeva, coi fenomeni della mania o del delirio di grandezza, ma con uno stadio prodromico (1). Questo stadio di sviluppo della malattia può comprendere degli anni. I sintomi

(1) Sander, *Prämonitorische Symptome der Paralyse,* Berlin. klin. Wochenschr., 1876, 21; Kirn, *Arch. f. klin. Med.,* 1877, p. 41.

sono spesso indeterminati e parlano soltanto per la diagnosi generale di una malattia cerebrale grave che sta iniziandosi.

In generale si può soltanto dire che la malattia si palesa fin da principio con segni di indebolimento mentale, massime della memoria e che accanto a questo difetto esiste un' alterazione, comunque non ben distinta, del carattere, della morale, delle tendenze e degli istinti, che rende palese in via psichica la natura della malattia in questo stadio prodromico.

L'indebolimento mentale si manifesta con smemoratezza, distrazione, trascuraggine, pigrizia, eccitabilità emotiva, irritabilità, mollezza, deperimento della volontà, sconclusionatezza, leggerezza nelle determinazioni.

L'alterazione del carattere si manifesta con deficienza dei giudizi morali ed estetici, con tendenze totalmente opposte alle abitudini della vita passata, p. es. col bere, cogli eccessi sessuali, colla prodigalità. I sintomi corporei sogliono essere di poco rilievo.

I malati si lagnano di quando a quando per cefalea, accusano peso al capo, vertigini, congestioni. Si addormentano sul lavoro o in società, offrono tutti i segni della letargia e del torpore intellettuale, mentre poi passano delle notti insonni.

In certi malati si osservano sintomi di neurastenia, d'irritazione spinale, neuralgie diffuse, paralgie con corrispondente umore ipocondriaco. Occasionalmente vanno soggetti ad accessi di deliquio, di vertigine od apoplettici, i quali durano al più alcune ore, portano con sè un disordine mentale o del linguaggio e scompaiono senza lasciar traccia di paralisi.

Ma anche senza questi accessi, la parola può essere accidentalmente un po' turbata; la lingua in tal caso è deviata, la pronuncia di certe parole incontra difficoltà, il malato non trova il vocabolo appropriato. Anche la deambulazione è transitoriamente stentata, rigida; i movimenti più complessi, come il ballo, si rendono difficili; di quando in quando si nota strabismo, disuguaglianza pupillare, miosi; i malati non sopportano

più il vino nella quantità abituale e dopo aver bevuto un poco, vanno soggetti a vertigini e ad agitazione.

Le singole variazioni relative all'insufficienza mentale progressiva e all'alterazione del carattere sono estremamente diverse.

L'uomo d'affari prima puntuale, diviene un sine cura, lascia arretratti i suoi registri, la chiave nello scrittoio, trascura le corrispondenze, perde le carte di valore; nei suoi scritti si trovano degli sbagli di date e di contabilità, delle parole o delle lettere saltate, degli scarabocchi, dei cambiamenti nella calligrafia, come primi segni del turbamento nella lucidità mentale, nell'assennatezza, nell'attenzione. L'ufficiale diventa gradasso, trascurato nel servizio e va perciò soggetto a riprensioni, l'impiegato diventa pigro, non rimane più in ufficio quel tempo che deve, non conduce più a fine alcun lavoro, dimentica i termini tecnici, mette gli atti nel cestino, dorme sul suo scrittoio. Il capitalista si dimentica di segnare le ore, di dar a mangiare al papagallo, di tagliare i coupons, trascura il club, ecc.

In tutti l'alterata funzionalità psichica si traduce con un certo indebolimento mentale e con decadimento nel corso dei pensieri, con distrazione e smemoratezza, dimenticanza delle parole, ma specialmente dei nomi propri, ripetizione costante degli stessi aneddoti, delle stesse barzelette. Oltre a ciò si ha, o smodata irritabilità, o ottusità emotiva, o alternanza fra l'una e l'altra. Certi malati si accorgono pure che il lavoro mentale non si confà più loro come in addietro; essi perciò se ne impressionano, ritengono questi fenomeni come uno stato di debolezza nervosa in seguito all'applicazione, alla quale essi ora cercano di riparare con mezzi eccitanti, massime col vino, e così poi peggiorano. In tal modo passano i mesi e gli anni, finchè subentra lo stadio della malattia dichiarata.

Il decorso di questo stadio può essere assai variato relativamente al quadro psichico. In tutti i casi vi ha soltanto di comune l'indebolimento mentale progressivo, l'insufficienza

mentale ognor crescente, il turbamento nella riflessione fino al più alto grado, che importano con sè disturbi di coscienza e di memoria tanto relativamente al tempo che allo spazio, rimanendo specialmente perduti i ricordi della giovinezza.

In casi rari il quadro morboso della demenza paralitica non raggiunge l'acme passando per uno stadio prodromico di disturbi motori e vasomotori e di fenomeni accessuali nella sfera psichica, ma prende origine dalla tabe dorsale (forma ascendente della paralisi), o si manifesta come seguito di un disturbo mentale già da tempo sviluppatosi e decorrente vicino alla paralisi (paralisi secondaria (1)), oppure prende le mosse in fine di una psiconeurosi comune, passata a guarigione reale o a guarigione con difetto. Nel primo caso la paralisi si manifesta come una semplice complicazione della psicosi, tale e quale potrebbe manifestarsi in un individuo prima d'allora sano. Nell'ultimo caso si fa innanzi la questione se la psiconeurosi precedente non possa essere per avventura il primo atto (Schüle), lo stadio prodromico della malattia paralitica.

Tutti questi fatti rendono più difficile il giudizio di certi casi di psicosi, dalle quali poi nel decorso ulteriore si sviluppa il quadro della demenza paralitica (Cfr. Schüle, *Beitr. z. Kenntniss d. Paralyse)*.

Lo stadio della malattia dichiarata è preannunciato non di rado da un accesso apoplettiforme od epilettiforme.

La sintomatologia psichica può manifestarsi in tre diversi modi.

1° Nella paralisi classica, dopo il quadro prodromico già descritto, si sviluppa un esaltamento maniaco, che sempre più va aumentando sotto l'influenza di cause esterne ed interne, si collega al delirio di grandezza e raggiunge subitamente l'acme della mania con furore.

(1) Cfr. Baillarger, *Ann. méd. psychol.* 1877, p. 423; Voisin, *Traité*, p. 18; Höstermann, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 32, casi 1, 2, 3, vedi vol. I di questo Trattato *Psicosi combinate*.

La mania furiosa può esagerarsi fino a raggiungere il grado del delirio acuto, ma coadiuvata dalle condizioni igieniche favorevoli di un buon manicomio, la mania si rimette nel campo di un esaltamento maniaco con qualche delirio di grandezza. Questo stato di eccitamento fa luogo a una demenza progressiva, insorgono nuovi accessi di agitazione e finalmente il malato cade in preda a una demenza apatica profonda (paralisi classica galoppante). In altri casi ha luogo, in seguito a una remissione notevole, una vera sospensione dei fenomeni maniaci e deliranti (grandiosi), per la durata di mesi e persino di anni. Ma tosto o poi insorge di nuovo la mania o il furore col delirio di grandezza, e la finale è sempre quella del primo caso;

2° Dallo stadio prodromico prende le mosse un quadro morboso ipocondriaco o melanconico, che sempre più viene sopravanzato dalla demenza, oppure sembra dissiparsi per l'intervento di una remissione. Dopo una durata più o meno lunga di questa, si stabilisce di nuovo il decorso ipocondriaco o quello classico della paralisi;

3° Dallo stadio prodromico si sviluppa una demenza primaria progressiva; qui non si osserva nè mania, nè delirio grandioso; possono però in modo intercorrente verificarsi le remissioni o gli accessi di furore.

A questi disturbi psichici così variabili va unita una quantità di disturbi prevalentemente motori e vasomotori. Di quando a quando, in base a paralisi vasali transitorie nel campo del simpatico cervicale, si possono avere degli accessi di congestione e di vertigine; la parola diviene esitante, lenta, poco intelligibile, i movimenti della mano si rendono incerti, incoordinati; la deambulazione si rende mal sicura, oscillante, traballante, e ciò come residuo di un accesso apoplettiforme od epilettiforme; il malato può pencolare da un lato; la ciera si fa stupida, priva di espressione; certi territori del faciale divengono paretici, si ha tremore alla lingua, alle dita, alle labbra; le pupille si mostrano disuguali, ora midriatiche, ora miotiche.

Tutti questi disturbi motori si palesano con grande variabilità di estensione ed intensità, ora sono appena sensibili, altre volte invece sono i più significativi, massime dopo accessi di paralisi; ma in generale sono progressivi.

Comune a tutti, qualunque sia lo stadio intermedio, è lo stadio terminale.

I malati divengono dementi apatici, essi non hanno più alcuna coscienza di tempo e di luogo, la loro parola è soltanto una inintelligibile accozzaglia di sillabe, l'effetto misto di un'afasia amnestica e di una completa paralisi della coordinazione; la deambulazione si rende sempre più difficile od impossibile, comunque la forza muscolare rimanga quantitativamente inalterata; le mani divengono inservibili, per l'atassia e la perdita delle intuizioni motorie, talchè i malati debbono essere alimentati e assistiti come i bambini.

Pel grave disturbo della coscienza e per l'insufficienza degli sfinteri, divengono sporchi; la paralisi vasale, che ha raggiunto il suo acme, si riconosce alle estremità livide, fredde, edematose, al polso monocroto, tardo, e alla termogenesi abnormemente piccola.

Di tratto in tratto si osservano anche accessi congestivi doppi o unilaterali nel campo del simpatico cervicale, con agitazione temporanea, verbigerazione e insonnio, degli accessi epilettiformi ed apoplettiformi.

Quasi costante in questo stadio è lo scrosciamento dei denti spasmodico, spesso continuo. Si hanno anche dei disturbi trofici. La corpulenza, fin allora propria dei malati, si dilegua, nonostante la ricca alimentazione; le costole divengono visibili, vengono gli ematomi, il decubito, la pneumonite ipostatica, le cistiti e il malato muore per decubito, che può farsi strada fino alla cavità vertebrale, per piemia, pneumonite, cistite con pielononefrite, paralisi glosso-faringea e talvolta per soffocazione in seguito a un boccone rimasto nella gola, o sotto un accesso epilettiforme od apoplettiforme.

La sezione cadaverica (1) lascia scorgere i segni di una malattia cronica diffusa delle meningi sottili e della sostanza cerebrale; non manca altresì una certa alterazione nel midollo spinale.

La sede delle lesioni, che si manifestano sotto forma di infiammazioni croniche della pia e della superficie cerebrale, si limita al campo d'irrigazione della carotide (lobi frontali e parti confinanti) e assai di rado interessa il campo vasale dell'arteria vertebrale. Si tratta per lo più di una periencefalomeningite diffusa cronica del cervello anteriore. Ora prevalgono i fenomeni della meningite (intorbidamento bianco ed ispessimento della pia, specialmente lungo il decorso dei grossi vasi), ora quelli dell'atrofia corticale (assottigliamento delle circonvoluzioni, approfondimento dei solchi); è rimarchevole il fatto che, per intensità, questi processi non sono sempre fissi regionalmente, nè sono dipendenti direttamente gli uni dagli altri.

Fra le complicazioni e i fenomeni consecutivi, si ha la pachimeningite emorragica, la quale non coincide per sede col processo della leptomeningite cronica, l'atrofia e la sclerosi della sostanza midollare degli emisferi cerebrali, l'ependimite cronica dei ventricoli, con formazione di granulazioni, idrocefalo ex vacuo, esterno ed interno, talvolta ancora degenerazione grigia dei nervi visivi ed olfattorii.

Come fenomeno terminale ed agonico, si osserva l'edema della pia e del cervello. Le alterazioni visibili al microscopio (2)

(1) Tigges, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 20; Meynert, *Wien. med. Ztg.* 1866, 22, 28 e *Vierteljahrsschr. f. Psych.* 1867, 2, 1868, 3, 4; Meschede, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 29, p. 587, e *Wirchow's Archiv.* 34, 56; Magnan e Mierzejewsky, *Archiv. de physiol.*, 1873; Schüle, *Sektionsergebnisse*, Leipzig, 1874, e *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 32, p. 581; Mierzejewsky, *Archiv. de physiol.*, 1875; Lubimoff, *Wirchow's Archiv.* 57 e *Archiv. f. Psych.* IV, p. 579; Schüle, *Hdb.*, p. 529, fa rilevare, in base alle sue ricerche microscopiche, la natura infiammatoria del processo, almeno pel quadro della paralisi classica e lo considera come un processo degenerativo con carattere d'irritazione lungo le vie psichiche e psicomotorie del cervello, con affezione secondaria od anche contemporanea del midollo spinale.

(2) Cfr. la chiarissima esposizione di Schüle, *Hdb.*, p. 526, con accurato apprezzamento di tutta la recente letteratura.

si osservano nei vasi e consistono in dilatazioni dei medesimi e degli spazi perivascolari, emigrazione dei corpuscoli sanguigni, proliferazione dei nuclei dell'avventizia, neoformazione e obliterazione dei vasi.

I processi nel connettivo interstiziale sono quelli di un'infiammazione cronica che conduce alla sclerosi (ipertrofia e proliferazione delle cellule connettivali) che, secondo Lubimoff, si può dimostrare nei lobi frontali e nel nucleo lenticolare, talvolta anche nelle vicinanze del nucleo del faciale e nelle olive, secondo Magnan e Mierzeiewsky ora procedendo dalla corteccia verso le parti centrali, ora dall'ependima, ispessito e ricoperto di granulazioni (piccoli fibromi), verso la periferia.

Le alterazioni consecutive nei gangli sono in parte processi irritativi (proliferazione di nuclei), in parte processi degenerativi (grassoso-pigmentarii); i tubuli nervosi cadono in preda a degenerazione grassa ed amiloide.

Le alterazioni che quasi costantemente esistono nel midollo spinale sono state di recente studiate da Westphal (1).

Oltre alla pachimeningite interna, che non è rara, e all'alterazione infiammatoria cronica della pia, si osservano nel midollo specialmente due sorta di processi.

a) Una degenerazione grigia dei cordoni posteriori in tutta la loro lunghezza, la quale sempre più che altrove è notevole nei cordoni di Goll ed anzi nel segmento cervicale si può limitare soltanto a questi;

b) Una mielite cronica dei cordoni postero-laterali, vale a dire un processo proliferativo del tessuto connettivo interstiziale, con neoformazione di cellule granulose, però senz'atrofia dei tubuli nervosi.

Il processo dei cordoni laterali fu seguito in certi casi oltre l'incrociamento delle piramidi, lungo di queste, nelle fibre longitudinali del ponte, fino alle ultime sezioni del piede del peduncolo cerebrale, ma però non nel nucleo lenticolare, e neppure

(1) *Wirchow's Archiv.* 39, 40; vedi SIMON, *Archiv. f. Psych.* I, II, V. RABENAU, *id.* III, IV; MEYER, *id.* III; TIGGES, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 29, H. 2.

nei lobi cerebrali, talchè la malattia cerebrale e quella spinale si possono considerare come due processi indipendenti l'uno dall'altro.

Sintomatologia speciale.

1° *Sintomi psichici.* — I fenomeni fondamentali che caratterizzano il quadro psichico morboso, sono i sintomi dell'indebolimento mentale, che si appalesano specialmente colla superficialità negli affetti, l'energia deficiente negli scopi, il decadimento della logica, della critica e della memoria, ma sopratutto colla manchevolezza nelle funzioni intellettuali ed etiche, col disturbo profondo della coscienza.

Questi difetti dànno un'impronta caratteristica al quadro psichico morboso che prende le mosse dalla demenza (paralitica), e permettono di differenziarli da quelle forme che non hanno per base l'indebolimento psichico ed anche, secondo le circostanze, ne rivelano ai pratici l'origine speciale (demenza paralitica), nel caso che per qualche tempo mancassero disturbi della motilità.

Gli stati maniaci nella paralisi oscillano fra tutti i gradi dell'eccitamento, dal semplice esaltamento maniaco fino all'acme della mania furiosa.

L'esaltamento maniaco della paralisi si differenzia sopratutto dall'esaltamento comune, pel suo sviluppo da uno stadio prodromico sospetto, per i disturbi motori (la miosi è un fenomeno frequente e importante) e vasomotori, il sentimento di sè stessi abnormemente elevato, fino alle idee di grandezza illusorie anticipate, la smania degli acquisiti e delle speculazioni, le intraprese e i progetti insensati, la propensione per gli alcoolici, ma sopratutto pei godimenti sessuali. Il grave disturbo del senno, in individui del resto apparentemente ancora integri, si riconosce da una smodata lascivia ed insaziabilità nel soddisfacimento dei bisogni sessuali e non meno dall'indifferenza etica di questi malati, quando si presti attenzione all'insorgere della malattia. Accanto a questi fatti esistono dei disturbi accidentali della coscienza e dei *lapsus memoriæ,* per

il che sbagliano nomi, cose, si perdono in strade conosciute, entrano in case a loro estranee. Nelle loro escursioni senza motivo, ma che essi credono necessarie, perdono il loro denaro, dimenticano la valigia e l'ombrello, finchè una volta o l'altra vengono a casa saccheggiati, guardati a vista, od anche a forza di urtoni.

Non di rado a questo stato d'eccitamento si accompagna anche la cleptomania; e la sfrontatezza sciocca nel prendere una cosa e poi negare il furto si esagera sempre mercè la distrazione, il disturbo della coscienza e l'indebolimento della memoria.

A questo punto comunemente, quelli che avvicinano il malato cominciano a riconoscere in questo stato una malattia reale. Ma pur troppo il disturbo non vien preso in considerazione dai parenti, che limitano le cure ad un viaggio ai bagni, a uno stabilimento termale, alle distrazioni, per mettere in calma i nervi supposti irritati, e così si fornisce al malato il modo di sciupare il suo denaro, di rovinare finanziariamente la sua famiglia con contratti insensati, compre e speculazioni di ogni genere e si rende impossibile un certo reintegramento, in causa dell'eccitamento continuo del cervello e degli eccessi.

Gli accessi furiosi dei paralitici possono prender le mosse da questi eccitamenti maniaci, basati sulla somma degli stimoli interni ed esterni, ma per lo più arrivano improvvisamente, immediatamente, raggiungono subito l'acme, per poi ben presto far luogo alla calma. Essi possono aver luogo ripetutamente nel decorso della malattia e verificarsi ancora nello stadio finale della demenza. Hanno una durata variabile da più giorni fino a più settimane, sono spesso preceduti ed accompagnati da paralisi vasale, decorrono anche talvolta con febbre (1) e fenomeni irritativi (scrosciamento dei denti) e sono evidentemente l'espressione di processi flussonarii nella pia e nella corteccia cerebrale.

(1) Ma non sempre, come pensa L. Meyer, il quale tenterebbe di collegarla all'esacerbazione di un processo di meningite cronica.

Schüle, *Hdb.*, sostiene che per le forme classiche di paralisi, i parossismi furiosi decorrono con febbre.

La mania con furore dei paralitici, corrispondentemente al carattere idiopatico grave di questa complicazione e al forte disturbo della coscienza, è per lo più estremamente violenta. Ruggire, gridare, distruggere ciecamente quanto loro capita fra mano, sporcare, mangiare le feci, sono fra i fenomeni più abituali. Oltre a ciò si ha grande disordine e turbamento della coscienza, per lo più anche scialorrea.

Gli stati melanconici nei paralitici hanno l'impronta di disturbi gravi, prestabiliti organicamente, in quanto che si rivelano sotto forma di melanconia stupida o di melanconia agitata, con ansia violenta fino alla panofobia e presto si complicano a fenomeni di paralisi vasale e a disturbi motori. Il disturbo profondo della coscienza, il carattere puramente primordiale del delirio, a contenuto nihilistico, spesso anche ipocondriaco, la manifestazione precoce dei fenomeni d'indebolimento psichico, la mancanza di affetti forti, la reazione demente in forma di pianti e grida infantili, la comparsa fortuita di deliri ambiziosi in mezzo a quelli melanconico-nihilistici, dànno a questo stato un'impronta caratteristica.

A questo punto son soliti venire in campo i disturbi motori (specialmente miosi, disuguaglianza delle pupille, tremori fibrillari della lingua e dei muscoli facciali, paresi di questi, scrosciamento dei denti) e vasomotori (paralisi vasali nel campo del simpatico cervicale), talchè la diagnosi in generale non riesce difficile.

Anche il termometro può riuscire di qualche importanza per differenziare gli stati melanconici e maniaci della paralisi dalla melanconia o mania comuni, in quanto che le temperature cefaliche (Reinhard) più elevate delle ascellari, le grandi oscillazioni termometriche giornaliere, la comparsa improvvisa di temperature leggermente febbrili, lasciano sospetti assai fondati sull'esistenza della paralisi.

Il *delirio di grandezza* (1) è un fenomeno frequentissimo nel corso della paralisi. Non è tuttavia nè primitivo, nè essen-

(1) Cfr. la descrizione di Meschede, *Virchow's Archiv.* 34; Falret, *La folie paralytique;* Neumann, *Lehrb.* p. 123.

ziale, nè specifico come si è creduto sempre. Riesce d'importanza diagnostica e perciò parla anche da solo per l'esistenza della base paralitica, il modo con cui quello emerge sopra un fondo di indebolimento psichico.

a) I deliri grandiosi dei paralitici sono mostruosi, fantastici, oltrepassano di molto la sfera del possibile, i limiti di tempo e di spazio. Il malato è Dio, più che Dio, possessore di milioni, di miliardi, di palazzi, di diamanti, è ad un tempo Napoleone, Giulio Cesare, Bismark; per lui non vi sono limiti, davanti a lui non vi ha alcuna potenza da poterglisi opporre.

b) Il malato non sa motivare nè coordinare queste idee in causa della sua debolezza psichica, non riconosce la mancanza di logica, la contraddizione più assoluta delle sue idee deliranti.

c) Egli si agita nelle idee dei suoi possedimenti e delle sue imprese, senza poi manifestare una tendenza ben decisa in quella direzione, e quando anche per caso una volta si ostini in qualche sua idea, basta il più futile motivo a distrarnelo, per la sua smemoratezza e pel disturbo della coscienza, come altre volte, per la sua deficiente critica, basta un ricordo reale un po' vivace per dar luogo alle più insensate idee deliranti, basate sulla grande credulità del malato.

d) Un fenomeno non frequente, ma però diagnosticamente importante, poichè si osserva soltanto nella demenza paralitica e nella senile, è un'alternanza del delirio primordiale di grandezza col delirio micromaniaco.

Anche qui si palesa l'assurdità del delirio, colle idee di non essere che un pigmeo, alto appena pochi centimetri, di esser morto più volte e via dicendo.

Il contenuto del delirio grandioso è totalmente modellato sul grado di coltura e sociale dei malati. Talvolta si osservano i ruderi di questi elementi anche nell'estrema demenza.

Nelle donne (1) il delirio di grandezza è assai meno frequente e in ogni caso decorre modestamente. Si manifesta piuttosto

(1) Vedi sulla *Demenza paralitica nella donna:* SANDER, *Berl. Klin. Wochenschr.* 1870, 7; V. KRAFFT, *Archiv. f. Psych.* VII; JUNG, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 35, p. 235 e 625; 36, p. 406.

come innalzamento a potenza delle elevate condizioni sociali di prima. Le malate hanno molti bellissimi abiti di seta, molte calze; spesso il delirio ha anche un colorito sessuale, esse hanno partorito i più bei bambini, sempre gemelli, partoriscono tutti i giorni, ecc.

Delirio ipocondriaco. — Anche i deliri ipocondriaci dei paralitici offrono particolarità tali da potersi distinguere dall'ipocondria comune.

Anche qui non manca quell'impronta di mostruoso e di assurdo, quale è consono al profondo disturbo della coscienza e della critica.

Mentre l'ipocondriaco ordinario delira nella sfera del possibile, il delirio del paralitico invece si agita entro quella dell'impossibile.

I malati divengono più piccoli, più grandi o magari anche triangolari, hanno perduto la testa, la lingua, i loro organi si sono distaccati, le aperture otturate, non possono più mangiare, più evacuare, da molti mesi non hanno emesso feci, ecc.

Questi deliri sono in parte di natura primordiale, in parte sono l'allegorizzazione falsa e demente di sensazioni abnormi (anestesie, ecc.).

Anche la *demenza primaria progressiva* (1) della paralisi mostra alcuni segni che la differenziano dalla demenza comune. Il sentimento di sè stesso e l'appercezione del mondo esterno non hanno quella tinta d'indifferenza che si osserva nella demenza comune, ma ne hanno una altamente ottimistica; presto si manifesta un disturbo profondo della coscienza relativamente alle categorie di tempo, spazio, personalità; i malati menano una vera esistenza crepuscolare. Con tutto ciò sono spesso conservate per molto tempo certe forme esterne di convenienza, di cortesia, di spirito militare che mascherano esternamente il difetto.

(1) Questi casi, confusi con quelli che non rientrano in questa categoria e non tenendo calcolo della diminuzione dell'intelligenza, hanno contribuito essenzialmente alla creazione della *paralyse générale sans aliénation*. Cfr. Lunier, *Ann. méd psych* 1849.

Anche il disturbo della memoria è caratteristico. Mentre i ricordi di antica data possono ancora venire esattamente riprodotti, quelli invece di data recentissima (pasti, visite) vengono dimenticati in un baleno, il che implica uno stato particolare e caratteristico d'indebolimento negli elementi dell'ideazione.

Le remissioni (1) lungo il corso della malattia possono verificarsi in ogni epoca e durare settimane, mesi e persino anni. Si verificano spesso segnatamente nei primi stadi della malattia e possono essere scambiate colle intermissioni ed anche colla guarigione. Tuttavia si osservano sempre in esse i segni dell'indebolimento psichico, un'ideazione lacunare, una grande facilità nelle determinazioni, una grande irritabilità ed anomalie del carattere di ogni sorta. Oltre a ciò la coscienza della morbosità del periodo pregresso di malattia è quasi sempre imperfetta. Anche la fisonomia rimane per lo più alterata patologicamente. I disturbi motori, i facili accessi vertiginosi e congestivi parlano di quando a quando per l'esistenza di gravi alterazioni cerebrali.

2. *Disturbi motori.* — I caratteri generali propri a questi disturbi sono la *diffusione*, l'*incostanza*, la *variabilità* riguardo all'intensità e all'estensione, la *propagazione progressiva*, coll'impronta costante dell'*incoordinazione*.

Essi si osservano nel campo della parola, della voce, dei muscoli oculari, della musculatura mimica, delle estremità.

Il disturbo nella parola (2) interessa essenzialmente la coordinazione (balbettamento) e, in parte per la demenza e per la sordità verbale, in parte pel disturbo nell'apparato della coordinazione nella corteccia cerebrale, rimangono in uno stato imperfetto tanto le percezioni mnemoniche di ogni singola parola, come l'unità delle parole coordinate in linguaggio, mentre la pronuncia e la sillabazione rimangono di per sè inalterate (Kussmaul) o vengono scambiate soltanto delle vocali o consonanti affini tra loro.

(1) V. Krafft, *Friedreichs Blätter* 1866, H. 2; Böttcher, *Deutsche Klinik* 1866, N. 1; Doutrebente, *Annal. méd. psychol.* 1878, marzo-maggio.

(2) Brosius, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 14, p. 37; Zenker, *id.* 27, p. 673; Kussmaul, *Die Störungen der Sprache*, p. 206; Voisin, *Archiv. génér.* 1876 gennaio; Gallopain, *Ann. méd. psychol.* 1876, luglio.

In seguito i malati possono balbettare, tartagliare, come pure si può avere un'afasia temporanea, legata ad accessi flussionari e congestivi, o a glossoplegia in seguito ad un accesso apoplettiforme.

Nello stadio terminale, la perdita della parola è l'effetto combinato della demenza, dell'afasia e della completa paralisi della coordinazione. Durante la calma, i disturbi del linguaggio sogliono essere più forti; quando il meccanismo del linguaggio rimase per qualche tempo in attività, o quando, come ad es. nell'agitazione, si verifica un incremento impulsivo di esso, il disturbo del linguaggio può da principio scomparire.

Il disturbo nell'articolazione, proprio dei paralitici, tiene in parte ad atassia labbiale (movimenti associati, tremori fibrillari nell'orbicolare delle labbra, nell'elevatore del labbro superiore e dell'ala del naso, nell'elevatore del mento, più tardi anche paresi del labbro superiore), massime ad inesatto differenziamento delle labbiali e delle sibillanti, ed anzi talvolta, per sovrapposizione delle labbra, la parola si rifiuta di uscire.

Più il malato parla in fretta, più egli è agitato, più considerevole diviene quest'atassia labbiale, che il malato può in certo modo mascherare, aprendo la bocca il meno che gli riesca possibile. Più importante di ogni altro disturbo è la glosso-atassia. I movimenti disarticolati della lingua, turbati da altri movimenti che vi si associano, fanno scivolare le sillabe malamente le une nelle altre, talchè queste e le lettere riescono fuori di posto.

Perciò alcune sillabe vengono ingoiate, oppure emesse soltanto in modo incompleto, mentre i movimenti relativi alla pronuncia di ogni sillaba che esce perdurano più del necessario e vengono a complicarsi nelle sillabe che seguono. O una sillaba si ripete di nuovo (tartagliare), oppure viene omessa; nel primo caso i movimenti della pronuncia si compiono quasi spasmodicamente, e nel secondo caso il meccanismo del linguaggio è poco e malamente innervato.

Negli ultimi stadi non di rado la parola è anche stentata e tarda, mentre il malato cerca di vincere istintivamente l'osta-

colo della coordinazione con una più prolungata e più energica innervazione. Non si ha mai tuttavia la parola scandita.

Il disturbo della coordinazione si rende inoltre assai palese anche dal fatto che le sillabe vengono disugualmente e spropositatamente pronunciate, e alcune vengono inghiottite ed altre accentuate in modo strano. Nonostante il grande disturbo del linguaggio, i muscoli della lingua e delle labbra rimangono funzionanti meglio degli altri.

Precoci e significative perchè tengono alla malattia corticale diffusa, speciali alla demenza paralitica, sono altresì le alterazioni degli scritti (Erlenmeyer, *die Schrift etc.* 1879); però come Schüle ha dimostrato (*Zeitschr. f. Psych.* 36, p. 752), si osservano tuttavia dei casi di paralisi senza disturbi negli scritti. Quando questi esistono, Erlenmeyer fa rilevare la loro grande importanza diagnostica, relativamente alla forma, al miglioramento o all'aggravamento della malattia.

Le alterazioni nello scritto sono, secondo questo autore, in parte psichico-sensorie (demenza, perdita delle rappresentazioni mnemoniche e motorie), in parte grafico-meccaniche (disturbo atassico con scrittura tremula). Riguardo alle prime, il contenuto degli scritti pecca per mancanza, ripetizione inutile, spostamento di lettere, sillabe e parole (agrafia amnestica od atassica e paragrafia). Il disturbo nella coscienza dei malati toglie ad essi la capacità di correggere i loro scritti. Nell'ultimo caso soffre soltanto la funzione grafica formale, la manualità dello scritto. Il disturbo collegato all'alterazione psichica suole per regola precedere quello grafico.

Negli stadi ultimi, colla perdita delle ulteriori rappresentazioni motorie, va perduta assolutamente la capacità di scrivere.

Anche i *muscoli vocali* sono spesso presto turbati nella loro funzione da atassia e paresi (Schulz, Rauchfuss), la voce diviene rauca, velata, ottusa, assume un timbro acuto, con grande facilità a cambiarsi in canto. Per turbata innervazione del velopendolo, acquista poi anche un carattere eminentemente nasale.

Nei muscoli dell'occhio, massime nella forma tabica, si osservano delle paralisi transitorie con diplopia. Si osserva anche nistagmo e ptosi, ma sono sintomi transitorii.

Sono frequenti le anomalie d'innervazione nel muscolo dell'iride (1), che hanno valore soltanto quando si rivelano come primi sintomi e quando lasciano scorgere una causa intraoculare.

Non è rara da principio, massime nello stadio maniaco, la miosi, che cede all'uso dell'atropina; più spesso si osserva la midriasi unilaterale, che non scompare coll'uso del Calabar. Ha una speciale importanza l'inuguaglianza delle pupille e l'alternanza dei disturbi dell'innervazione iridea.

Nel *campo del facciale* trovansi spesso e presto delle paresi che fanno il giro di alcuni muscoli della faccia, ma si localizzano segnatamente ai muscoli delle labbra. Paralisi facciali diffuse si trovano solo temporaneamente dopo accessi apoplettici ed epilettici. Un fenomeno che non tarda a manifestarsi è un certo tremore fibrillare con vibrazione dei muscoli del viso, massime della regione della bocca, che si osserva specialmente sotto gli impulsi mimici ed articolatorii, e in via transitoria può giungere fino al tic convulsivo. Negli stadi avanzati della malattia, è compromessa anche la piccola porzione del 5° paio. Si ha in allora uno speciale movimento di masticazione, automatico-convulsivo e lo scrosciamento dei denti. Negli stadi ultimi della malattia, possono farsi temporaneamente insufficienti, anche i *muscoli della deglutizione*, con pericolo di soffocazione.

Nelle estremità superiori si manifesta presto il tremore e l'atassia. La grande incertezza ed incapacità che si hanno nello stadio terminale, tengono in gran parte alla perdita o alla deficienza delle rappresentazioni motorie relative.

I disturbi delle *estremità inferiori* si possono, secondo Westphal, dividere in due categorie, che corrispondono all'andatura tabica e all'andatura paralitica. Da principio queste due forme sono difficili a differenziarsi, la deambulazione si mostra soltanto stentata, rigida, disordinata. I disturbi della deambula-

(1) Austin, *Annal. méd. psychol.* 1862, aprile; Seifert, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 10.

zione nei paralitici tabici sono gli stessi come nella tabe e motivati dalla degenerazione grigia dei cordoni posteriori. I malati traballano quando manca loro la luce, i reflessi rotulei sono aboliti.

Nel maggior numero dei paralitici si osserva un cambiamento nel modo di camminare. La deambulazione è a piccoli passi, sgambettante, ma non strascicante come quando vi ha paralisi vera degli arti. I piedi vengono sollevati dal pavimento soltanto di poco, l'andatura è lenta, a larga base, pesante, goffa, facilmente oscillante quando i malati si voltano indietro. Ad occhi chiusi l'andatura non diviene peggiore. Durante il riposo in letto, tutti i movimenti si eseguiscono bene e si conserva fino agli ultimi stadi della malattia la forza motoria complessiva e la capacità ai singoli movimenti (1).

Sono fenomeni episodici importanti gli accessi apoplettiformi ed epilettiformi (2). I primi ora sono incompleti, limitati ad una perdita momentanea della coscienza, con rilassamento dell'innervazione, oppure uguagliano in tutto gli insulti apoplettici con emiplegia, dai quali si distinguono soltanto per la rapida scomparsa delle paralisi, e nello stesso tempo per l'elevazione della temperatura del corpo.

Gli accessi epilettiformi possono uguagliare quelli della vera epilessia. Più di frequente essi sono solamente parziali, uni-

(1) Che questi disturbi motori dei paralitici siano da riferirsi, come portano le ultime ricerche, alle funzioni corticali del cervello, è cosa appena più questionabile, essendo indubitato che i disturbi paretici ed atassici occorrono nell'eccitamento e nella distruzione sperimentale della corteccia cerebrale. La loro localizzazione deve essere ricercata nei centri motori del cervello frontale, alterati dai processi atrofici della paralisi. Con ragione Kussmaul pensa (*Störungen der Sprache*, pag. 124) che siano più che altro i movimenti appresi intellettualmente, quelli che vanno perduti o che vengono con maggior difficoltà compiuti. In ogni modo i reperti nel midollo spinale (mielite granulosa) non spiegano questi disturbi motori. Al contrario i disturbi motori tabici, quali si hanno nella paralisi, si possono sempre riferire ad una degenerazione grigia dei cordoni posteriori, la quale, o precede la paralisi (forma ascendente), oppure l'accompagna fin da principio (demenza tabica).

(2) Baillarger, *Ann. méd. psych.* 1858, p. 168; Baume, *id.* 1862, p. 540; Westphal, *Arch. f. Psych.* v, p. 337; Schüle, *Hdb.*, p. 164.

laterali e non si accompagna ad essi una perdita completa della coscienza; durano tuttavia più a lungo, delle ore e persino dei giorni; in casi rari si limitano ad accessi momentanei di vertigine. Questi accessi si rivelano spesso come stati di paralisi vasale, con violenta flussione al cervello e con temperatura ascellare che va fino a un grado e mezzo sopra la norma. (Reinhard).

Di frequente alla fine di questi accessi si manifestano anche delle affezioni infiammatorie dei polmoni (pneumoniti catarrali ed ipostatiche), la cui origine (se cioè vengano meccanicamente per intromissione dei secreti della faringe o della bocca nelle vie aeree anestesiche, o siano provocate neuroticamente per paralisi vasali nel campo del simpatico toracico) rimane ancora altamente questionabile. Una forma assai rara di accesso è data dagli insulti tetaniformi ed isteroepilettici.

Gli accessi si possono avere in tutti gli stadi della malattia. Essi non esistono in tutti i casi, tuttavia abbastanza spesso, e per lo più vanno facendosi in seguito sempre più frequenti. Per questi accessi si aumentano i disturbi motori, spesso riappaiono anche per qualche tempo certe paralisi del facciale e dell'ipoglosso le quali, quando tengono dietro alle convulsioni, si manifestano sempre dallo stesso lato di queste. Per regola scompaiono dopo ore o giorni. Anche lo stato psichico si peggiora ogni volta sotto questi accessi e non si rialza più al livello di prima.

Questi insulti non sono sempre caratterizzati da alterazioni anatomiche palpabili. Gli accessi apoplettiformi prendono probabilmente origine da una paralisi vasale temporanea, con edema regionale consecutivo di certi campi motori cerebrali; per gli epilettiformi si deve ammettere una genesi analoga a quella dell'insulto epilettico classico (spasmo vasale e consecutivo eccitamento del centro convulsivo messo da Nothnagel nel ponte). Sembra che la diffusione della convulsione sia dipendente dalla distribuzione regionale dello spasmo vasale. Le paralisi di poca durata, che seguono l'accesso epilettiforme, si spiegano con un edema regionale delle parti motorie corrispondenti di cervello, il quale già di per sè si manifesta facil-

mente mercè il rilassamento vasale proprio dei paralitici e per le pregresse scosse vasali convulsive, in conformità alla teoria di Cohneim.

3° *Disturbi vasomotori.* — Essi si tradiscono ben presto al carattere monocroto tardo del polso. Si tratta, in questa malattia, di una paresi vasale progressiva, che transitoriamente conduce a paralisi vasali di intere regioni nel campo del simpatico cervicale (spesso da un lato solo, analogamente agli esperimenti di Claudio Bernard), con accessi vertiginosi e di stordimento, elevazione locale e generale della temperatura, sudore unilaterale, etc., ma anche in forma di paralisi vasali circoscritte della pelle (macchie meningitiche, Trousseau). Nello stadio finale questa paralisi vasale è generale e porta con sè iperemie neuroparalitiche nei polmoni, nella vescica, nell'intestino, cianosi, freddo, edema della pelle e temperatura subnormale.

4° Fra i *disturbi trofici* sono a ricordarsi il non raro *herpes zoster,* il sudore sanguigno di recente osservato da Servaes, la rapida decadenza della nutrizione nello stadio finale, la fragilità delle ossa con aumento dei fosfati nell'urina, il decubito terminale.

5° In confronto ai disturbi motori e vasomotori hanno un piccolo giuoco quelli della sensibilità.

Non di rado si ha in principio il dolor di capo; i dolori lancinanti alle estremità si hanno soltanto nella forma tabica. Negli stadi progrediti della paralisi, la sensibilità è diminuita, ma però l'esame funzionale dei malati non può essere esatto in causa della demenza e del disturbo della coscienza. In certi casi è conservata la sensibilità tattile e soltanto abolita la dolorifica. I disturbi nell'ottico non sono rari, come l'ambliopia, siano sintomi prodromici, siano propri al decorso della malattia. Benchè non di rado i reperti siano negativi, l'esame oftalmoscopico rivela neuroretinite ed edema peripapillare. Anche dei casi di anosmia furono constatati da Flemming, Westphal, Simon, Magnan. In alcuni casi si può dimostrare una degenerazione grigia dell'olfattorio. L'istinto sessuale è spesso aumentato da

principio, ma non meno spesso esso è parimenti fin da principio depresso, fino all'impotenza.

6° La demenza paralitica offre anche delle aberrazioni dalla norma riguardo all'andamento della temperatura (1).

Reinhard trovò sempre la temperatura del mezzogiorno e della sera superiore a quella del mattino. Non di rado si hanno in via episodica degli aumenti nel calorico proprio, i quali però non debbono senz'altro essere apprezzati come parlanti per la natura infiammatoria del processo morboso, ma che si possono riferire piuttosto ad un disturbo funzionale temporaneo dei centri cerebrali regolatori del calorico.

Sono a ritenersi temperature da causa neurotica (fino a 40°) quelle che coincidono con riempimento di vescica o con ostipazione e che scompaiono tosto appena si evacua la vescica o l'intestino, poi le temperature ipeƒesteticne dell'agonia (fino a 43° in un mio caso).

Gli aumenti della temperatura fino a 40° sono pressochè abituali negli stati d'eccitamento dei paralitici, ed inoltre si verificano come fenomeni concomitanti negli accessi congestivi (paralisi vasali nel campo del simpatico cervicale), apoplettiformi ed epilettiformi. Si cominciano a notare 10 o 12 ore avanti l'insulto (Reinhard) e durano delle ore e persino un giorno dopo la fine di esso. Krömer li ha osservati specialmente nelle forme ipocondriache, tabiche e dementi della paralisi.

Negli stadi ultimi della malattia, la temperatura è subnormale. Anche le differenze termometriche dei due lati (fino a 1°) non sono rare, massime dopo gli accessi. Nel periodo preagonico si hanno delle temperature di collasso, persino di 24°, con benessere subbiettivo.

La *diagnosi* (2) della demenza paralitica è facile a malattia avanzata, quando l'anamnesi è sufficientemente nota e quando

(1) Krömer, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 36, H. 2 e 3 (con letteratura); Reinhard, *Arch. f. Psych.* x, 2; Wirsch, *Körpertemperatur in der progr. Paral. Dissertat.*, Berlin, 1881.

(2) V. Krafft, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 23, p. 181; Hitzig, *Ziemssen Hdb.* xi, p. 810; Nasse, *Irrenfreund* 1870, 7.

il decorso parla abbastanza per questa malattia. Quantunque non vi sia per essa nessun sintomo specifico, si hanno tuttavia psichicamente dei punti sicuri per la diagnosi, e il principale di questi è l'indebolimento mentale, in base a cui si manifestano e decorrono tutti i quadri psichici morbosi i più svariati; anche nel campo vasomotorio e motorio merita rimarco il modo speciale di sviluppo e di aggrappamento dei sintomi; ed è inoltre degno di nota l'insorgere della malattia da uno stadio prodromico speciale, rivelante per lo meno una malattia idiopatica grave del cervello, il carattere progressivo, alternantesi delle diverse serie di sintomi, con tendenza costante alle remissioni.

La *diagnosi differenziale* del quadro melanconico, maniaco, delirante delle forme non paralitiche, sarà trattata quando si parlerà della distinzione di certe forme dell'alcoolismo cronico.

Relativamente alle malattie cerebrali a focolaio, è da osservarsi che i disturbi motori della paralisi non sono paralisi ma disturbi della coordinazione, generali, non circoscritti, variabili per intensità ed estensione, progressivi e non stazionari.

La diagnosi differenziale può rendersi più difficile relativamente a certi casi di lue cerebrale, aventi per base la degenerazione diffusa dei vasi e del tessuto connettivo.

Qui, oltre i sintomi generali che parlano per la lue cerebrale, sono elementi diagnostici la rarità del delirio di grandezza, la comparsa caratteristica delle paralisi di certi singoli nervi, l'età spesso assai giovanile dei luetici cerebrali.

Fra i dati che rendono più difficile la diagnosi di una forma paralitica si devono annoverare i casi in cui una psiconeurosi comune sembra costituire lo stadio prodromico della malattia.

Come già Schüle, trovai anch'io dei casi nella mia pratica, in cui non si segnalava alcun sintomo della minacciante paralisi, ma solo doveva ammettersi un certo sospetto di paralisi, che poi tosto o tardi si dichiarava dopo il decorso di una psicosi più o meno manifesta. A questo proposito alludo a certi casi di psicosi in individui che si trovano nel periodo più laborioso della vita, in cui la mente è più preoccupata, che risvegliano dei so-

spetti di paralisi, quando dei segni di cambiamento nel carattere e di astenia precedono la psicosi e questa porta l'impronta di un grave processo organico; e se trattandosi di melanconia, conduce alla mancanza di affetti, decorre con delirio nihilistico, oppure, trattandosi di mania, offre episodicamente dei fenomeni cerebrali gravi, persino in forma di delirio acuto. Il sospetto acquista sempre maggior valore quando intercorrono degli stati di stupore, delle paralisi vasali e si rendono rimarchevoli i *lapsus memoriæ et judicii*, quando nello stesso tempo si manifestano degli aumenti di temperatura senza una spiegazione somatica, finalmente quando la soluzione della psicosi in corso non è del tutto soddisfacente e sopranuotano dei fenomeni d'indebolimento psichico.

Non meno difficile e del pari piena d'importanza prognostica è la differenziazione del semplice esaurimento funzionale del cervello (neurastenia cerebrale) dalla paralisi incipiente.

Un grande numero di sintomi è comune a queste due affezioni; p. es. il rapido decadimento mentale, la difficoltata funzionalità psichica, l'umore ipocondriaco, l'iperestesia psichica (emotività), l'eccitabilità emotiva, la funzionalità vasomotoria depressa e turbata, l'insonnia. Io ho persino osservato nella neurastenia semplice degli accessi afasici ed apoplettiformi.

Le alterazioni profonde del carattere, massime i sintomi di decadimento etico, oltre ai sintomi dubbi già ricordati, io ho osservato al contrario soltanto nella paralisi incipiente.

La *durata complessiva* della malattia è molto variabile, e difficile a stabilirsi, poichè di rado si conosce l'inizio delle alterazioni prodromiche. Vi sono dei casi di paralisi, che decorrono acutamente e si esauriscono entro il ciclo di un anno appena, accanto ad altri protratti che durano 5 anni e più. In media la malattia è solita compiere il suo corso in tre anni. Nei vecchi e nelle donne dura decisamente più a lungo. I casi che tengono ad esaurimento psichico e a trauma al capo, sembrano avere un decorso più lungo di quelli che sono cagionati da eccessi in Bacco e in Venere.

Di cattivo augurio, vale a dire parlanti per un decorso rapido, sono le temperature periodicamente febbrili, la precoce comparsa dei disturbi negli scritti e nei movimenti, i precoci e frequenti insulti paralitici o di altro genere. Un decorso più lento di quello delle forme classiche lo lasciano osservare le forme ipocondriache e quelle semplicemente dementi. Il decorso e la durata non possono tuttavia stabilirsi, in causa delle remissioni di settimane e persino di anni, che sono possibili anche negli stadi più avanzati.

La prognosi è infausta, nonostante certe guarigioni, sulle quali però i più sono in dubbio, sia riguardo alla realtà della diagnosi, sia a quella della guarigione (semplici remissioni). Frattanto però noi non possiamo pronunciare su tutti questi malati una prognosi letale con sicurezza apodittica.

Nella letteratura più recente si legge la critica di certe così dette guarigioni. O i casi furono diagnosticati un po' troppo in fretta, oppure la guarigione non fu netta, ma contrassegnata da segni di indebolimento mentale; oppure si trattava di semplici intermissioni, e la malattia non tornò da capo, ma si rimise nello stadio che fino allora era rimasto latente.

Queste considerazioni valgono specialmente in gran parte per quei casi di guarigione comunicati da Voisin nella sua monografia (p. 192, 154) e da Doutrebente *(Annal. méd. psychol.* 1878 marzo, maggio) in numero così rilevante (30), nei quali la « guarigione » tenne dietro a profuse suppurazioni, ascessi, perdite di sostanza; in parte valgono anche pei casi di Gauster *(Jahrb. f. Psych.* 1879, H. 1).

Casi indubitabili di guarigione sono stati segnalati da Flemming *(Irrenfreund* 1877, H. 1 e 2), Schüle *(Zeitschr. f. Psych.* 32, H. 6), Gauster *(op. cit.,* p. 18, e *Psychiatr. Centralb.* 1875, 1 e 2), Oebeke *(Zeitschr. f. Psych.* 36, H. 6). Vedi pure *Annal. méd. psychol.* 1879, maggio; *(Irrenfreund* 1879, 8); Stölzner, *(Irrenfreund* 1877, 8); Nasse, *id.* 1870, 7; L. Meyer, *Berlin. Klin. Wochenschr.* 1878, 21.

Davanti ad una malattia così grave e sempre più frequente, l'etiologia (1) assume uno speciale interesse. Per quanto molteplici siano le cause, pure esse si possono comprendere sotto un punto di vista unitario e cioè che esse esercitano un'influenza debilitante sul cervello, esistendo congenitamente od acquisitamente una debole capacità di resistenza in questo organo. Quest'ultima condizione costituisce il momento predisponente nella catena delle cause. Raramente essa è congenita, ereditaria, per lo più invece acquisita, in seguito a sovreccitazioni psichiche o corporee, a malattie esaurienti, ad eccessi. Le influenze predisponenti comprendono in parte anche le cause occasionali.

Fra i momenti predisponenti si deve pensare specialmente all'eredità, al sesso, allo stato civile. L'eredità nella paralisi ha un giuoco minore di quello che nelle altre psicosi. Si manifesta soltanto all'incirca dal 15 al 20 0|0 dei casi. La paralisi è una malattia che colpisce il cervello nel periodo del suo completo sviluppo e della sua maggiore capacità funzionale. È rara prima dei 30 anni e dopo i 60, frequentissima dai 35 ai 55 anni. È sette volte più frequente nel sesso maschile (2). Questa differenza riguardo al sesso nella frequenza della malattia si rende palese specialmente nelle classi più elevate della società.

La paralisi nelle donne di ceto elevato è enormemente rara. È straordinariamente frequente negli ufficiali e negli impiegati militari. Le cause occasionali sono gli eccessi alcoolici e venerei, le soverchie applicazioni mentali e corporee, più di rado le emozioni durature e profonde (affanni, cordogli, malattie), le influenze nocive calorifiche e i traumi al capo (3).

Nel sesso femminile la malattia si osserva molto spesso in seguito ai parti difficili ripetuti, come pure nel climaterio.

Nello stato attuale delle nostre conoscenze cliniche, anatomiche ed etiologiche, si fa imponente il bisogno di chiarire la patogenesi di questa malattia. L'etiologia rivela una serie di

(1) Hoffmann, *Günsburg's Zeitschr*, 1850, I

(2) Sander, *Berlin. Klinische Wochenschr.* 1870, 7.

(3) V. Krafft, *Sulle malattie psichiche provocate dai traumi cerebrali.* Erlangen, 1868.

momenti, in parte predisponenti, in parte occasionalmente debilitanti; l'esame clinico lascia conoscere come primo fenomeno della malattia esordiente i disturbi dell'innervazione vasomotoria; l'esame anatomico scopre i segni di una infiammazione cronica del cervello e dei suoi involucri.

La patogenesi (1) si prefigge lo scopo di mettere fra loro in rapporto questi due elementi disparati. Il primo fenomeno nel processo della paralisi è evidentemente una paresi vasomotoria (Lubimoff, Schülc) e una iperemia consecutiva.

Gli eccessi alcoolici e venerei, le influenze nocive traumatiche e calorifiche, la soverchia applicazione mentale e le emozioni favoriscono la venuta di questi disturbi funzionali e li provocano. Si manifestano tanto più facilmente, quando il cervello trovasi già di per sè in uno stato di turgescenza fisiologica ed è funzionante colla sua maggiore attività. Con ciò si spiega da una parte perchè la paralisi ha luogo quasi esclusivamente nel campo d'irrigazione della carotide, nel cervello frontale, centro delle più elevate funzioni della vita psichica; dall'altro lato poi si spiega come la paralisi si verifichi quasi soltanto nell'età della turgescenza fisiologica del cervello (30-60 anni) e colpisca prevalentemente gli uomini, in causa della più grande partecipazione dei medesimi alla lotta per l'esistenza, del maggior lavoro cerebrale, della maggior frequenza dei traumi, dell'azione nociva del calore, degli eccessi in Bacco e Venere; i quali ultimi specialmente sono assai più rimarchevoli nell'uomo che nella donna.

L'iperemia neuroparalitica costituisce il punto di partenza delle alterazioni dei tessuti nel cervello e nelle meningi.

Si osservano anzitutto delle stasi di linfa nelle vie linfatiche del cervello e della pia, delle trasudazioni di elementi colloidi ed albuminoidi, come pure di corpuscoli rossi attraverso le pareti dei vasi, negli spazi linfatici perivascolari. Lo sfiancamento di questi è favorito dai disturbi di nutrizione nelle pareti vasali, in seguito ad influenze nocive predisponenti (disposizione

(1) Schüle, *Sektionsergebnisse* p. 138, e *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 32; Lubimoff. *Virchow's Archiv.* 57.

ereditaria, malattie pregresse predisponenti ed altri momenti, come la lue, l'alcoolismo, la sovreccitazione mentale, i traumi al capo, le influenze deleterie del calore).

La stasi linfatica negli spazi perivascolari si diffonde alla rete cellulare dei prolungamenti di Deiters e poichè, secondo le ricerche di Boll, le vie linfatiche della pia comunicano con quelle del cervello, anche agli spazi della pia. In seguito alla stasi linfatica si arriva ad alterazioni di tessuto nella pia, ad intorbidamenti infiammatori cronici, ad ispessimenti nei tessuti. Così divengono impraticabili le vie linfatiche della pia e si aumenta la stasi della linfa nel cervello. Per tal modo si ha un circolo vizioso. In casi non rari la meningite cronica è primaria e produce una stasi linfatica al cervello. Da questa e dal consecutivo edema dei tessuti, massime delle reti cellulari, prende quindi le mosse la proliferazione connettivale della pia, della neuroglia e dei vasi; la glia si sclerotizza, i vasi si atrofizzano e gli elementi nervosi degenerano.

Terapia. — Sembra quasi una cosa oziosa, in una malattia tanto grave, parlare dei rimedi contro i processi che le sono di base. I malati in genere muoiono tutti per questa malattia, esclusi certi rari casi di diagnosi ancor dubbia. Ciò però non è sufficiente per autorizzarci a lasciar da parte il lato terapeutico del processo. È sempre verosimile che la malattia fornisca una così lacrimevole mortalità per essere conosciuta molto tardi e perchè il malato, invece di essere consegnato a tempo in mani provette, sia oggetto di manovre insensate e debilitanti (sottrazioni sanguigne, cure coi bagni freddi) e abbia modo e tempo di esaurirsi del tutto con eccessi psichici, alcoolici e sessuali. In vista della circostanza che la conoscenza della demenza paralitica si è diffusa anche nei circoli dei profani, sarà assai bene che la conosca anche il medico pratico, essendo il giusto apprezzamento di questa malattia la prima condizione per la cura di essa.

Se la malattia è nota o sospetta, la terapia deve intervenire con tutta l'energia. Si può dire a questo proposito che tutti i momenti debilitanti, ai quali appartengono anche le cure dei

bagni che si fanno per sistema in certi stabilimenti, debbono essere evitati, che ogni sovrapplicazione mentale, ogni influenza calorifica e flussonaria deve esser tenuta lontana, che deve essere adottato un regime dietetico, blando ma nutritivo, che si deve avere una gran cura a che non si formino i decubiti. Oltre a ciò possono avere la loro indicazione le aspersioni fredde, i bagni tiepidi. Un miglioramento sorprendente, forse per l'azione solvente esercitata sul cervello, si ottiene non di rado coll'ioduro di potassio a 1-2 gr. per giorno, talvolta ancora negli stadi avanzati. Questo rimedio ad ogni modo è da sperimentarsi. Se questa cura è fatta a tempo, si può pronunciare una prognosi più favorevole.

Le remissioni, che talvolta compaiono anche tardi, forniscono inoltre un indizio che il corso della malattia non è assolutamente chiuso alla speranza.

Quando al giorno d'oggi i malati arrivano al manicomio, si trovano abitualmente giunti al *caput mortuum* del processo e non si può impiegare che una cura puramente sintomatica. Ma anche dal punto di vista di questa, i malati dànno molto da fare al medico.

Per combattere i parossismi di furore sono specialmente indicati i bagni ad impacco, le piccole iniezioni di morfina e, quando la reazione cardiaca è aumentata, la digitale. Quando vi fu e vi è uno stato vasoparetico e flussionario, si può aspettare qualche cosa dalle iniezioni di ergotina.

Negli accessi epilettiformi Krueg (*Mittheil. d. Vereins d. Aerzte,* sillaba *Nö,* 1880, p. 8) ha messo in opera il cloralio idrato. Egli dice di averne avuto un buon successo, persino sotto il rapporto preventivo, qualora vi siano dei sintomi conosciuti che un accesso stia per ripetersi.

Krueg amministra il cloralio in clismi con un lungo cannello di kautschuk, oppure per via ipodermica in 10 fino a 20 riprese per mezzo di una siringa di Pravaz comune, alla quale si toglie lo stantuffo e si adatta, per mezzo di un tubo di kautschuk, una siringa della capacità di 10 cm. cubici. Anch'io potei consta-

tare i risultati felici di Krueg. Per regola è sufficiente l'applicazione per mezzo dei clisteri.

La cura propinata recentemente da L. Meyer (*Berlin. Klin. Wochenschr.* 1880, 15) nella paralisi, quella cioè di spalmare il cranio coll'unguento di Autenrieth, non mi ha mai dato alcun buon successo.

Negli ultimi stadi della malattia è necessaria, nei malati sporchi, la pulizia minuziosa, la cura della ritenzione urinaria e delle sue conseguenze, come pure del decubito, il sorvegliare che i malati siano tenuti caldi dagli abiti. Anche l'alimentazione deve essere attentamente sorvegliata (soltanto bocconi piccoli e molli!) acciocchè i malati non si affoghino, oppure non vengano presi da pneumonite o da cangrena polmonare in seguito ad intromissione di particelle alimentari nelle vie aeree.

Osservazione LXXVIII.

Forma classica di paralisi. — Intermissione o guarigione?

Sigimer, ricco gentiluomo, 56 anni, fu condotto al manicomio l'11, 10, 78. Nella sua ascendenza e parentela consanguinea si osservarono dei casi di pazzia. Egli stesso era originariamente strano, di molto ingegno, ma di carattere assai eccentrico; i suoi amici lo chiamavano sempre il pazzo S. In confronto alla sua grande ricchezza, egli era avaro in modo non comune. Viveva in modo ristrettissimo.

Fin dall'autunno 1876 soffrì di ondate di sangue al capo, di insonnio e cefalea. Nell'estate 1877 sposò una giovane di 21 anni, un'ardente meridionale. Fu grande la meraviglia di tutti per questo matrimonio. Sembrò anzi agli amici che nell'epoca del matrimonio egli fosse molto eccitato. Si abbandonò agli eccessi sessuali, compiendo il coito fino a 5 o 6 volte al giorno a detta della moglie. Gli scarsi suoi poteri sessuali lo spinsero a cercare un aiuto nei mezzi stimolanti. Il 22, 3, 78 il malato si svegliò dal sonno con una forte cefalea. Questa si ripetè di frequente ed in modo intenso. D'onde deficienza nel sonno fino all'insonnio, distrazione, smemoratezza e uno speciale cambiamento nel carattere.

Nell'estate 1878 si osservarono più volte degli accessi apoplettiformi, con balbettamento ed anche afasia, della durata di parecchie ore. La distrazione si accrebbe, il malato dimenticava i suoi affari, lasciava passare le date

utili, scadere le cambiali, non tagliava più i coupons. Nello stesso tempo si osservò una grande irritabilità emotiva.

Alla metà di settembre 1878 il malato divenne instabile, agitato, eccitato, non dava più risposta alcuna, era fortemente congestionato, si lagnava per la crescente cefalea, non dormiva quasi più, cominciò contro la sua abitudine a fumare quasi smoderatamente e a bere; si abbandonava ad eccessi sessuali, pei quali si sentiva grandemente portato, intraprese con morbosa precipitazione delle grandi e faticose caccie e camminate facendo su di esse delle scommesse, dormendo all'occorrenza nelle paludi e nei fossi.

Ai primi d'ottobre si aumentò questo stato d'eccitamento, fino a raggiungere l'acme del furore. Pel grande acceleramento delle idee, un progetto inseguiva l'altro. Ora voleva andare a caccia, ora andare in giro di notte, viaggiare alla capitale, visitare amici, fare acquisti, cambiare le serrature, fabbricare. Mandava commissioni in tutte le direzioni, gli si sviluppò una vera grafomania; costringeva la sua famiglia ad andare qua e là di notte a bere e giuocare e diveniva brutale, fino alle minaccie le più pericolose, quando gli si opponeva la più piccola resistenza. La notte dell'11 ottobre cominciò a dare una mano d'olio alle pareti, ai mobili e alle cortine di alcune camere del suo palazzo, per farle divenire più eleganti. Allorquando io mi recai al suo palazzo la mattina dell'11, girava su e giù irrequieto colla sola camicia, gridava contro sua moglie, che lo aveva maledetto e che trascurava i suoi doveri coniugali. Come essa non compariva, si scagliava contro le serve. Poco tempo prima aveva tentato di gettare nel fuoco un milione circa di carta monetata, il che gli fu a stento impedito da un servo. La stanza da lavoro del malato porta le vestigie della devastazione; tutto è sossopra, spalmato d'olio, qua e là sul pavimento e sulla tavola si osservano brandelli di carte bruciate.

Quando non si dava esecuzione ai suoi ordini, minacciava seriamente, ed essendo in possesso delle sue armi, nessuno osava accostarglisi.

Il malato è un uomo alto, forte, molto confuso, turbato mimicamente, colla coscienza profondamente alterata.

Disse al medico che doveva ormai intraprendere l'ufficio di uomo d'affari e fare grandi viaggi per acquisti; esterna un delirio di grandezza (possessore di miliardi, sarà ministro, principe della Bosnia). Di quando in quando si osserva anche balbettamento, il capo è congesto, il polso è frequente assai, il facciale inferiore sinistro è paretico.

Con astuzia e coll'uso del cloralio fu possibile condurlo al manicomio. Nel giorno successivo non conobbe il medico col quale si era intrattenuto prima. Anche la coscienza di tempo e di luogo erano profondamente turbate.

Nonostante i bagni prolungati, la digitale, le iniezioni di morfina, l'ioduro di potassio (2 gr. al giorno), il malato rimase fino ai primi di dicembre all'acme del furore, con remissioni soltanto leggere.

Si agita in progetti insensati, telegrafa al ministro e all'imperatore, è un grande uomo, possessore di infiniti miliardi, di 100 mila porci; ha cannoni, soldati, si proclama successore di Andrassy, principe di Bosnia. Oltre a ciò si ha un grande eccitamento sessuale, vorrebbe trasformare la città di G. in una città di soli bambini, stabilirvi un harem di 400 donne, imperocchè la sua potenza è eterna. Talvolta è realmente in uno stato di satiriasi. Scomparso il delirio di grandezza, si manifestano dei segni notevoli di indebolimento mentale: *lapsus memoriæ et judicii*, pertinacia nei più insensati progetti. Il sonno è deficiente, il polso si mantiene sopra le 100 pulsazioni.

Ai primi di dicembre l'eccitamento cedè ad una grande dose di morfina (sottocutanea), alla digitale e ai bagni, il polso discese a 100 e anche al disotto, gli impacchi condussero il sonno. Il delirio grandioso impallidì. Lo stato morboso si mise sulla via mite di un esaltamento maniaco, ma vennero in campo i fenomeni dell'indebolimento psichico ed anche in modo notevole i disturbi motori della paralisi.

Il malato offre ora un umore gaio, spensierato, ottimista, si ritiene un poeta di grido, recita versi che sono vere caricature, è un vero strazio per chi li ascolta. Diviene sempre più sbadato e distratto, semina qua e là il cibo, si versa il caffè o il vino in tasca, dà fuoco ai vestiti o ai sofà quando fuma, scambia le date, il nome del medico, racconta sempre gli stessi aneddoti più volte al giorno alle stesse persone, ha un'emotività infantile, si agita facilmente, mostra anche temporaneamente degli accessi di afasia amnestica e di vertigine, diviene questionatore.

Dai primi di dicembre si notò una midriasi alternantesi con miosi nell'occhio sinistro, una frequente disuguaglianza nell'innervazione facciale, balbettamento e inghiottimento di sillabe, tremore ai muscoli del viso, incertezza e traballamento nella deambulazione, grande incertezza nello scritto. In aprile la coscienza si schiarì lentamente, scomparvero i disturbi motori, scomparvero le ultime tracce dell'eccitamento maniaco e il malato divenne nuovamente tollerabile e capace di frequentare la società. Tuttavia era ancora di umore irritabile, aveva gioie e spassi infantili e anche qualche tendenza immorale. La nutrizione guadagnò di nuovo il suo stato primiero; si fece nuovamente avaro come prima.

Il 20, 6, fu licenziato dal manicomio molto migliorato. Io lo tenni in osservazione e gli prescrissi il ioduro di potassio (2 gr.) e i bagni tiepidi.

Il malato non aveva punto coscienza della malattia, voleva anzi chiamare i medici in giudizio pel sequestro arbitrario. Nei giorni caldi dell'estate si

manifestò ancora di quando in quando una leggera agitazione, con instabilità e congestione.

Alla fine d'agosto, io non potei rinvenire nel paziente nè psichicamente, nè motoriamente alcun segno sospetto di paralisi. Il malato aveva completa coscienza della malattia, credeva persino di essersela buscata per abuso di coito e di soffrire fin dal 1878 di dolori occipitali appunto per abusi sessuali.

Io vidi S. nuovamente nell'ottobre 1879. Era disinvolto, anzi assennato, pensoso, totalmente integro mentalmente e motoriamente, avaro come nei tempi normali. Egli da due mesi trattava i suoi affari con completa competenza ed aveva assistito bravamente la moglie in una piccola malattia che questa ebbe; a tutti quelli che lo conoscevano prima della malattia sembrava sano come prima, cosicchè anche nei circoli scientifici rimase stabilita la guarigione della paralisi, senza difetto mentale. Giammai si ebbero a riscontrare dei sintomi luetici ed anche l'anamnesi non diede mai luogo ad un simile sospetto.

Fino al luglio 1880, il malato non offrì nulla di abnorme e rimase nel più completo benessere. Poi, dopo un forte colpo di sole con violenta congestione, ebbe un insulto apoplettiforme con afasia e paralisi linguale di più giorni. Dopo 8 giorni il malato presentò di nuovo il quadro di prima, con questo di più che ad ogni futile motivo andava soggetto a congestioni.

Nella primavera del 1881 ebbe di nuovo idee grandiose; nell'inverno 81 fece un grande viaggio nella Francia meridionale. Contrariamente al consiglio del medico ritornò ad abusare sessualmente.

Fin dal principio del 1882 si accrebbero notevolmente l'emotività e i segni dell'indebolimento mentale. Mentre egli finora aveva amministrato con parsimonia le sue rendite, cominciò ora a gettarle in giuoco, a leggere romanzi per trovare una distrazione.

Il 30, 6, 82, ebbi opportunità di osservare il malato per 4 ore. Era stato colpito in seguito alla sua vita sregolata, da infiltrazione grassa al cuore, e da stenocardia; presentava colorito cianotico, anasarca, idrope ascite. L'orizzonte psichico, l'energia e capacità mentali erano ad un livello limitato, ma i rapporti col mondo esterno erano integri. Egli si ricordava con raro acume della memoria dei più piccoli dettagli riguardo all'epoca della sua dimora nel manicomio, dava dei ragguagli sulla malattia sofferta, era grato per la cura usatagli, manteneva la conversazione animata e con spirito, si mostrava completamente orientato intorno ai suoi affari, scusava la sua poca attività col malessere corporeo realmente esistente ma che egli apprezzava col più straordinario ottimismo. Indarno si rivangava nei ricordi della sua gioventù, per rinvenirvi un difetto nella memoria; anche nella vita affettiva non si notarono punto dei fenomeni di decadimento. Era degno di

nota tuttavia, in un uomo prima tanto regolato, come ora si occupasse soltanto di giuoco, di lettura e di mangiar bene, e si sentisse felice di questa esistenza.

Breve tempo dopo la mia visita, si ebbe a notare una paresi transitoria dell'arto superiore destro. All'infuori di una paresi dei muscoli boccali di sinistra, io non potei osservare alcun disturbo motorio, specialmente poi nè afasia, nè disturbi nell'articolazione del linguaggio; talchè lo stato presente aveva piuttosto l'impronta di una vita cerebrale in preda a un processo senile o turbata, per la degenerazione grassa del cuore, nella sua circolazione e nutrizione, piuttosto che quella di un processo di encefalomeningite (demenza paralitica) recidivato e progressivo. Quando si stava compilando questa storia, (primi di dicembre 1882), lo stato psichico era perfettamente uguale a quello che era in giugno, mentre i disturbi per parte del cuore erano migliorati dietro una appropriata cura medica e un buon regime di vita.

Osservazione LXXIX.

Forma ipocondriaca di paralisi.

La forma classica insorse dopo una remissione.

Dopo una remissione profonda ricomparve la forma ipocondriaca.

Schelig, 31 anni, fabbricante di birra, non disposto ereditariamente, ma di carattere eccentrico ed irritabile; si portò a Londra nel 1873 per approfondirsi nella sua professione. Là si diede al bere ed agli eccessi sessuali, conchiuse un matrimonio contro la volontà espressa dei suoi genitori; perciò la ruppe con questi e cadde in una misera condizione, poichè da casa non riceveva più sussidi e si diede quindi più che mai agli abusi per alleviare il suo stato penoso. Era da circa 5 mesi insonne, agitato, soffriva spesso di vertigini, cefalea, congestioni, aveva anche talvolta dei deliri di grandezza transitori, diveniva irritabile, cupo, smemorato, distratto. Da due mesi trovavasi nella casa dei genitori, indebolito di mente, deteriorato nel corpo, turbato mimicamente, disposto dolorosamente, ritenendosi invecchiato, malato in modo inguaribile. Cominciò presto la deambulazioue ad essere incerta e così pure la parola. Si sviluppò in modo sempre più considerevole un quadro morboso ipocondriaco-melanconico, e poichè il malato rifiutava il cibo, fu condotto al manicomio il 18, 10, 75.

All'ammissione il malato si mostra profondamente turbato, con respiro accelerato, superficiale, polso molto tardo, neuralgie intercostali diffuse, tremori alla lingua, deambulazione leggermente traballante, salivazione, ritenzione d'urina. Dopo pochi giorni il malato cominciò a parlare. La parola non era turbata, soltanto aveva un timbro fortemente nasale. Somaticamente si notò un catarro di stomaco e di gola con abbondante secrezione, costipazione, grande anemia e considerevole dimagramento. Era necessario alimentarlo forzatamente. Fondamento della sua sitofobia erano certe sensazioni ed idee deliranti di natura ipocondriaca.

Si sente un forte peso al petto, non può più far scorrere il collo, il ventre è in continua vibrazione, l'urina non scola più: il suo corpo è pieno d'acqua, in completo disordine, non è possibile la digestione perchè il corpo è pieno e per guarirlo bisognerebbe tagliarlo tutto, ora è ciò possibile? Tutta la forza è uscita dal corpo, ha la malattia petecchiale, la gente dice sempre che egli ha un cancro. Marcia gli esce dal collo, è tutto marcia, il cervello è imbevuto d'urina. Ad onta di tutti gli affetti coi quali si esterna questa malattia, esiste tuttavia una grande debolezza psichica. Una semplice minaccia basta a indurlo a far sì che mangi. Spesso esiste incapacità di emettere le urine.

Alla fine di febbraio 1876, il delirio ipocondriaco scomparve dietro miglioramento del catarro gastrico; si ebbe cioè una notevole remissione, ma con persistenza della debolezza psichica, disturbi motori e salivazfone che rivelavano la gravità del quadro morboso. Alla metà d'aprile insorse balbettamento e tremore dei muscoli del viso durante i movimenti mimici ed articolatorii.

Il 18, 4, il malato fu colpito da grave disturbo della coscienza, con fenomeni congestivi violenti. Rimase in questo stato insensato e stuporoso fino al 26, 4, epoca in cui sopravenne uno stato di esaltamento maniaco. Si fece irrequieto, dormiva poco, girava confuso, palesava idee illusorie, mostrava tendenza a raccattar tutto, grande disturbo della coscienza, enorme balbettamento, deambulazione oscillante, frequenti paralisi vasali al viso. Sotto violenta congestione, comparve in maggio il furore con tendenza a rompere, lacerare, manipolare feci, poi l'eccitamento retrocesse al grado di un esaltamento maniaco con delirio di grandezza; il malato sognava ricchezze, grandi onori, grandi fabbriche di birra che lo avrebbero arricchito. Alla metà d'agosto questo stato di paralisi classica scomparve per dar luogo una seconda volta ad una remissione notevole. Il malato riconosceva il suo stato, dava come cause della malattia quelle già ricordate, corrispondeva coi suoi parenti e non presentò nulla di particolare all'infuori di qualche fenomeno d'indebolimento psichico.

Così giunse fino ai primi di gennaio 1877, epoca in cui si ripetè in modo grave uno stato melanconico ipocondriaco al riprodursi del catarro gastro-faringeo, che accompagnò il decorso della malattia fino alla più profonda demenza.

Le idee deliranti erano ogni volta assurde, dementi; come prima il malato dichiarava di non aver più stomaco, di essere dovunque otturato, di non aver più polso nè respiro, di aver chiuso vescica e intestino, di non essere anzi mai andato di corpo, di aver tutto il corpo infiltrato di marcia, ecc. Di quando in quando si esternavano anche delle idee micromaniche, p. es. di essere un ragazzo, di avere soltanto 16 anni. Dapprima il malato non voleva mangiare, presentava come reazione alle sue sensazioni e alle sue idee deliranti degli affetti dolorosi, in preda ad una demenza rapida e duratura, nonostante ogni lagnanza ipocondriaca, divenne vorace e totalmente privo di affetti.

Anche i disturbi motori e vasomotori andarono sempre crescendo. La parola, pel grande balbettamento e per l'atassia labbiale, era spesso appena intelligibile, la deambulazione si fece incerta, oscillante, i movimenti delle mani divennero incoordinati. Midriasi alla pupilla sinistra. Spesso si ebbe ritenzione d'urina. Si osservarono accessi di vertigine, fenomeni afasici, accessi di congestione. Il polso si fece notevolmente tardo, le estremità divennero fredde, leggermente cianotiche. Per la posizione durevole in un luogo, gli vennero edemi ai piedi. Nel corso del 1879 si rese evidente un considerevole decadimento nella nutrizione. Ai primi di settembre si manifestò una diarrea profusa con febbre, che presto divenne infrenabile. Il malato rifiutava il nutrimento o lo vomitava; seguitò a mostrare dei sintomi di delirio ipocondriaco-nihilistico (non più denti, non più corpo) e negli ultimi giorni di vita ebbe deliri da inanizione; morì in preda a profondo marasma il 17, 9, 79.

Sezione. — Cranio e dura madre nulla di notevole. Considerevole raccolta di siero negli spazi aracnoidei esterni. La pia nei lobi frontali e parietali è diffusamente ispessita, lattescente, edematosa, facilmente staccabile dalla corteccia. Le circonvoluzioni del cervello anteriore sono notevolmente esili e depresse. I ventricoli sono molto dilatati, l'ependima è fortemente granuloso. La corteccia è grandemente assottigliata, senza aspetto stratificato, di una tinta giallo-grigia. Il cervello del resto è povero di sangue, edematoso, di consistenza tenace. I vasi e i nervi della base non mostrano alterazioni.

Osservazione LXXX.

Forma comune di paralisi.
Accessi epilettiformi periodici che accelerarono l'esito letale.

Karmin, medico, 42 anni, fu condotto alla clinica psichiatrica l'8, 11, 75. Aveva perduto la moglie da 4 anni e ne era rimasto inconsolabile; perciò aveva cominciato a bere e negli ultimi anni si ubbriacava ogni giorno. Perdette la sua clientela di prima ed entrò coi suoi figli in ristrettezze, alle quali cercò consolazione colle bottiglie. Mentre il paziente fin dalla metà del 1874 aveva mostrato un rapido decadimento nella sua forza psichica ed era divenuto smemorato in modo non comune, un mese prima della sua ammissione entrò in uno stato di esaltamento. Era insonne, faceva progetti assurdi, piani di matrimonio, cominciò a farneticare sul lotto, girava in mutande per la strada; di notte entrò una volta nella casa di una famiglia rispettabile e voleva andare in letto colla sua supposta sposa.

Il 5, 11, il malato trovavasi in un'osteria barcollante, incapace di cacciar fuori una parola; rimase di poi senza coscienza in preda ad un accesso epilettiforme, dal quale si risvegliò dopo alcuni minuti dirigendosi verso casa. Là ruppe la finestra per aver aria, lacerò i suoi abiti, mise sossopra la sua farmacia di casa, talchè lo si dovette legare.

All'ammissione si trova all'acme del furore paralitico, con grave disturbo della coscienza, delirio insensato di grandezza, grande agitazione motoria e confusione. Tremore dei muscoli della faccia, parola esitante, paresi facciale sinistra, dilatazione della pupilla destra, deambulazione incerta, traballante, piegata alquanto verso sinistra. Nessuna traccia di lue, nessuna malattia vegetativa, polso notevolmente tardo.

Il 9, 11, cominciarono gli accessi epilettiformi, dei quali se ne verificarono 167 fino all'11 novembre. Duravano circa due minuti, erano limitati alla metà sinistra del corpo e consistevano in contrazioni dei muscoli delle estremità e del viso, mentre i muscoli della metà sinistra del torace erano presi da spasmi tonici ed i bulbi ruotati verso sinistra. Il giorno 11 questi fenomeni si mostrarono transitoriamente estesi anche alla metà destra del corpo. Il polso è a 80-90, la temperatura si conserva a 39°. L'urina non contiene albumina. Negli intervalli esiste coma. L'11 di sera, di nuovo cogli accessi: risoluzione generale delle articolazioni, salivazione profusa, difficoltà nel deglutire, rantolo tracheale lasciano sospettare che sia vicino l'esito letale. Sotto l'uso del vino e di grandi dosi di canfora, il malato si solleva. Egli è però divenuto completamente demente ed inca-

pace di muoversi. Si nota che un decubito profondo esistente al sacro va migliorando. Il malato ritiene che i dolori da esso provocati siano morsi di un cane, che egli tenta sempre di cacciar lungi da sè.

Alla fine di dicembre si osservò un accesso apoplettiforme, il 25, 1, 76 si osservarono parecchi accessi apoplettiformi alla metà sinistra del corpo con una temperatura di 38,3.

Il 23, 2, si osservò un accesso di convulsioni cloniche generali. Il 12, 3, 76, si verificarono 4 altri accessi consimili, e alla sera in mezzo a un profondo sopore, sopraggiunse la morte.

Sezione. — Cranio e dura madre normali. Diffuso intorbidamento ed ispessimento della pia alla convessità (eccettuata la parte occipitale), con aderenza estesa anche alla base. I nervi ottici nel loro percorso esterno sono degenerati in sostanza gelatinosa. Il lobo frontale è atrofico, ed anche le circonvoluzioni del lobo parietale sono assottigliate e abbassate nel loro livello. I ventricoli sono dilatati, l'ependima mostra molte granulazioni. Il cervello è anemico, fortemente edematoso.

Osservazione LXXXI.

Demenza primaria progressiva in seguito a sovrapplicazione mentale.

Avvocato S., 40 anni, coniugato, fu condotto nel manicomio l'8, 11, 77. Il padre morì apoplettico, una sorella della madre era pazza, un fratello del malato finì i suoi giorni col suicidio sotto un accesso di pazzia. Era nervoso, eccitabile, soffriva spesso di cefalea, non era molto robusto, ma molto diligente, attento ai suoi doveri; non fu mai dedito ad eccessi di sorta.

Tre anni fa lavorò lungamente per 11 mesi e fu sempre strettamente legato al suo servizio. In seguito a questa soverchia applicazione, si osservarono a certi periodi delle cefalee, dei disturbi congestivi e vertiginosi. Egli che prima era un impiegato tanto assiduo e resistente al lavoro, ora soltanto con grande fatica poteva attendere all'occupazione più lieve. Si sentivà esaurito mentalmente, confuso, il suo stile si fece disadatto. Nonostante ogni riguardo, l'insufficienza mentale fece rapidi progressi. Il 25, 5, 77, dopo aver pranzato, cadde a terra apoplettico, rimase molte ore privo di coscienza in preda a fenomeni illussionarii; rimase di poi transitoriamente confuso ed agitato, e quindi ritornò in sè senza residuo di fenomeni paralitici; presentò tuttavia una diminuzione considerevole della memoria e non era più capace di attendere ai suoi lavori.

Dopo 3 mesi di dimora in uno stabilimento idroterapico, si manifestò un disturbo nel linguaggio e si accrebbe l'indebolimento mentale. Alla fine di ottobre si sentì un freddo glaciale al dito anulare sinistro, il quale si diffuse a tutto il braccio sinistro. La motilità rimase tuttavia inalterata, ma la sensibilità profondamente depressa. Questo disturbo (crampo vasale?) ebbe luogo più volte in modo accessuale per la durata di circa un quarto d'ora. Il 2 si verificò un accesso congestivo di agitazione, durante il quale rimase profondamente turbato nella coscienza, delirò, si infuriò, per divenire poi nuovamente calmo dopo alcune ore.

Il giorno 7 si rinnovò uno stato di eccitamento, che lo condusse al manicomio. Non riconosce la sua posizione, crede soltanto che i suoi nervi siano spostati e che egli corra pericolo di divenir pazzo.

La sua memoria era molto difettosa, la sua coscienza profondamente turbata; lo sguardo e la ciera tradivano una demenza avanzata, la sua dizione era spesso errata, talvolta non poteva trovare la parola giusta e risentiva questo stato in modo doloroso. Il linguaggio era molto turbato nell'articolazione; alcune sillabe erano inghiottite, altre accentuate in modo abnorme e cacciate fuori come convulsivamente. Negli impulsi articolatorii, si osservava contrazione e tremore nei muscoli del viso. Ad entrambi gli occhi esisteva miosi. I movimenti più delicati della mano erano incerti, lo scritto era grottesco, disuguale, la deambulazione stanca, rigida, facilmente oscillante. Nessun disturbo della sensibilità. Polso molto tardo. L'esame oftalmoscopico, all'infuori di una stasi venosa, non lasciò osservare nessuna alterazione nel fondo oculare. Gli organi vegetativi non diedero alcun reperto, all'infuori di alcuni tumori emorroidari con costipazione.

La demenza e il disturbo della coscienza si accrebbero sempre più. Il malato è molto disorientato, si crede ora a casa, ora in uno stabilimento idroterapico. La memoria è notevolmente turbata, i ricordi della gioventù non sono più evocabili. Vecchio e nuovo viene confuso assieme in modo variopinto. L'espressione del pensiero è resa molto difficile in causa di fenomeni afasici e parafasici. Rimane lunghe ore per eseguire alcuni lavori scritti, ma senza successo e ne ritrae esaurimento e stanchezza. In questo stato di semicoscienza si manifestano di tanto in tanto, e in modo totalmente frammentario, dei deliri di grandezza (diviene generale, decorato, deve divenire imperatore) e di persecuzione (deve esser giudicato dal tribunale militare). Il disturbo del linguaggio è variabile, ma in generale progressivo, il contegno diviene sempre più cascante, la deambulazione sempre più incerta ed oscillante. Di quando in quando si manifestano degli accessi vertiginosi e congestivi, con forte paralisi vasale, flussione, incapacità di parlare, eccitamento psichico, confusione errabonda e progetti insensati. Nel maggio 1878 ebbe 9 accessi apoplettici, in agosto uno, dopo i

quali la demenza e il disturbo del linguaggio si accrebbero notevolmente e così rimasero.

Nel corso dell'inverno 1878-79 si manifestarono di quando in quando e con segni notevoli di flussione, degli stati di eccitamento gaio, che duravano fino a 10 giorni e si limitavano ad apprezzare in modo ottimistico la sua posizione, ad acceleramento nel corso delle idee, ad agitazione motoria. In febbraio e marzo 1879 si ripeterono gli accessi epilettiformi.

Il 20 maggio, dopo essere rimasto fuori di sè per alcuni giorni, alle 7 di sera ebbe, un dopo l'altro, molti accessi epilettiformi. Alle 11 di sera tutta la metà sinistra del corpo era paralizzata, mentre alla destra perduravano le convulsioni. Il malato era in uno stato di sopore, con respirazione stertorosa, con temperatura non superiore ai 37. Alle 6 del mattino seguente, morte.

Sezione. — Cranio iperostosico. Dura normale. Le meningi molli sono ispessiste e lattescenti alla convessità lungo i grossi vasi. I vasi della pia sono molto tortuosi e qua e là iniettati. Il seno basilare è otturato da grumi sanguigni. La pia è congesta, edematosa. In rispondenza della 2ª e 3ª circonvoluzione frontale sinistra, essa non si può togliere se non con perdita di sostanza. Le circonvoluzioni frontali e parietali sono assottigliate e in certi punti abbassate nel loro livello. La corteccia cerebrale è rosso-grigia. Tanto nella sostanza grigia, come nella bianca, i vasi sono beanti. La superficie del taglio si mostra umida-splendente, specialmente nell'emisfero destro.

Osservazione LXXXII.

Demenza paralitica in una donna.

Come causa specifica si osserva l'abuso del tabacco.

Sulitt, 34 anni, nubile, figlia di un invalido, fu ricevuta nella clinica psichiatrica l'11, 3, 78. È libera da disposizioni ereditarie, non fu mai malata, tranne che di peritonite all'età di 8 anni. Non partorì mai, non fu mai sifilitica, mai dedita al bere, non soffrì traumi al capo, fu sempre regolarmente mestruata.

Le cause possibili della malattia sono a riporsi nell'eccessivo fumare. È assodato che da 12 anni fuma molto e per l'appunto sigari forti, per lo più di virginia, fino a 5 al giorno.

Negli ultimi 2 anni si nutrì malamente; si abbandonò tuttavia sempre al suo vizio. Per questo motivo sopraggiunse uno stato di neurastenia circa 10 mesi prima della sua ammissione.

Si fece tremula, soffrì vertigini, peso al capo, neuralgia intercostale e si potè notare un indebolimento nell'intelligenza e nella memoria; 8 mesi addietro cadde da una scala e riportò una contusione a una guancia, ma non perdette la coscienza.

Si constatarono dopo allora frequenti accessi congestivi, dolore frontale, indebolimento progressivo della memoria, diminuzione dell'intelligenza, irritabilità. Anche la parola divenne incerta, balbettante, la deambulazione tarda, rigida, oscillante, la malata si rese incapace di attendere alle sue occupazioni di prima.

All'ammissione manifestò un grande disturbo della coscienza, demenza progressiva, indole gaia, infantile, con tracce di erotismo (vuol prender marito). È gracile, anemica, il cranio non porta tracce di trauma. Grande tremore della lingua, dei muscoli del viso, leggero tremore delle dita. Pupilla sinistra midriatica, ciera demente, i muscoli facciali sono disordinatamente innervati, il disturbo nel linguaggio è notevole (balbettamento, inghiottimento di certe sillabe). La deambulazione è traballante, incerta. Il polso è straordinariamente tardo. Tuttavia non esiste alcuna traccia di lue, nessun disturbo funzionale negli organi vegetativi. Utero antiflesso. Numerosi punti dolorosi intercostali; la menoma pressione lungo le vertebre toraciche riesce dolorosa.

La malata in seguito manifestò delirio di grandezza, il quale passò rapidamente a demenza. Essa possiede 100 milioni, ha un palazzo, passeggia fra 20 leoni ed elefanti, a lei tutti dovrebbero cavare il cappello. Essa ha soltanto 3 anni, ha bellissimi abiti di seta, cavalli di razza.

Spesso si osservano paralisi vasali intense al viso; il 23 e 25. 3, convulsioni generali con grida ansiose, tuttavia senza perdita della coscienza. In seguito rapida demenza progressiva, afasia, parola appena più intelliggibile, che si limitava soltanto a suoni rauchi, disarticolati, enorme tremore delle labbra e della lingua, paralisi generale della coordinazione.

Nel novembre 1878 ebbe uno stato di agitazione ansiosa della durata di più giorni, con ruggiti inarticolati e tentativi di dar del capo nelle pareti. Non ebbe mai fenomeni febbrili.

Nel giugno 1872 rapido e crescente marasmo, decubito. Il 24, 7, collasso e morte.

Sezione (14 ore p. m.). Cranio senza tracce di trauma, leggermente ispessito alla fronte. Dura normale; pia lungo i grossi vasi ed anche altrove lattescente ed ispessita, e ciò anche alla base. Pia del resto fortemente

edematosa, anemica. I lobi frontali sono considerevolmente atrofici, distanti due centimetri circa dalla parete ossea, di consistenza notevole, massime a sinistra. La sostanza corticale è assottigliata, scolorita, semitrasparente. La sostanza midollare si stacca dalla superficie del taglio, è povera di sangue ed edematosa, i ventricoli sono dilatati, l'ependima è molto spesso, ma tuttavia non granuloso.

Cuore piccolo, sostanza muscolare pallida, pigmentata in bruno. Fegato bruno-sbiadito, atrofico. Milza ingrandita, consistente.

CAPITOLO II

—

Lue cerebrale (1).

Il fatto che l'anemia sifilitica (per malattia sifilitica degli organi emopoietici, clorosi) può dar luogo a delle psiconeurosi, le quali in nulla differiscono da quelle aventi altra origine, fu messo in evidenza quando si parlò dell'etiologia (vol. I, pag. 245). Oltre a queste forme, la malattia sifilitica può condurre altresì a delle vere affezioni cerebrali per alterazione di tessuto nel cervello e nei suoi involucri, le quali, pel loro carattere di essere diffuse, lasciano scorgere in via predominante un quadro morboso di sintomi psichici ed appartengono quindi al campo della psichiatria.

La comparsa di queste tali malattie luetiche del cervello è agevolata quando quest'organo è reso debole da predisposizioni, strapazzi, eccessi di ogni sorta. In questi casi poco dopo l'infezione, è solita seguire la localizzazione nel cervello. In altri casi questa si verifica soltanto dopo molti anni, persino dopo un decennio, sotto l'influenza nociva di una causa occasionale qualsiasi, per es. un trauma al capo. Nel primo caso, la localizzazione luetica che segue l'infezione sifilitica è

(1) WAGNER, *Archiv. der Heilkunde*, IV, p. 161; GRIESINGER, *id.*, 1860, p. 68; LANCERAUX, *Traité histor. et pratique de la Syph.*, Paris, 1866; JACKSCH, *Prager med. Wochenschr.*, 1864, 1-52; *Virchow's Archiv.*, XV, p. 217, e *Geschwülste*, II, 457; HEUBNER, *Archiv. der Heilkunde*, XI; lo stesso, *Die luet. Erkrankung der Hirnarterien*, 1874; lo stesso, *Ziemssen's Handb.*, XI, 1; BRAUS, *Hirnsyphilis*, 1873; WUNDERLICH, *Volkmann's Sammlung. Klin. Vorträge*, Nr. 93; SCHÜLE, *Sektionsergebnisse*, p. 161; ESMARK e JESSEN, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 14; L. MEYER, *id.*, 18; WESTPHAL, *id.*, 20; WILLE, *id.*, 28; SCHÜLE, *id.*, p. 605; ERLENMEYER, *Die luet. Psychosen*, 2 Aufl., 1877; MENDEL, *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1879, 36.

solita manifestarsi anche in altri organi, nell'ultimo caso essa figura per lo più come malattia isolata del cervello.

Le alterazioni cerebrali che sono di base alla lue cerebrale, sono straordinariamente molteplici, relativamente alla localizzazione e alla natura delle medesime. Vicino alla periostite semplice, sclerosante, suppurativa e gommosa, alla osteomielite gommosa e all'atrofia infiammatoria di Virchow (caries sicca) alle ossa del cranio, sono a notarsi altresì i processi in parte semplicemente infiammatorii, in parte specifici nelle meningi, nel cervello e nelle arterie cerebrali.

Le alterazioni della dura madre sono ora pachimeningite esterna, ora interna, ora meningite gommosa, la quale si sviluppa con predilezione nelle duplicature di questa membrana e si trasforma poi in tumore caseoso.

Più frequenti sono i processi specifici negli spazi sottoaracnoidei, che Heubner insegnò a conoscere sotto forma di masse bianco-rosee, grigio-rosee, grigie, umide, di consistenza gelatinosa. Esse costituiscono delle masse diffuse o circoscritte, le quali però mai si delimitano esattamente dalla circostante sostanza cerebrale, la quale è in uno stato di rammollimento rosso o bianco, ed hanno per lo più esito in caseosi (masse gialle). Alla convessità producono aderenza delle meningi fra loro e colla superficie cerebrale rammollita. Alla base del cervello le meningi più spesso si possono staccare ed il processo si manifesta piuttosto con un'infiltrazione grigia gelatinosa, per l'aspetto e per la sua diffusione analogo a quello della meningite tubercolare.

Quando avviene il riassorbimento delle masse sifilomatose, le meningi incollate fra loro si riducono ad una cotenna granulosa.

Di rado i sifilomi sono formazioni indipendenti del cervello, per lo più decorrono soltanto in connessione ad altre consimili nelle meningi. Più frequenti sono i processi encefalitici diffusi (Virchow, Schüle). Un'altra importante influenza nociva subisce la circolazione e la nutrizione del cervello per mezzo dell'alterazione delle arterie cerebrali, data da Heubner come specifica e di recente combattuta (Baumgarten, *Virchow's Archiv.*, 63,

1) come tale, ma tuttavia sempre frequente; con questa lesione le arterie (prevalentemente l'arteria della fossa di Silvio e quella del corpo calloso) si possono rendere impervie; e poichè esse sono arterie terminali, si avranno facilmente dei processi necrobiotici nelle sezioni cerebrali nutrite da quelle (massime il nucleo lenticolare e caudato), in forma di rammollimenti. E così le alterazioni successive sono basate in parte sopra processi semplicemente infiammatorii, in parte specifici nei nervi cerebrali della base (essudati, sifilomi).

Stante la varietà del processo anatomico e della sua localizzazione, si può comprendere la molteplicità confusionaria e la variabilità del quadro clinico della lue cerebrale, nella quale si possono trovare aggruppati in modo variopinto tanto i sintomi diffusi che quelli a focolaio.

Soltanto raramente il quadro morboso si sviluppa in modo acuto e brusco. Quasi sempre si hanno per mesi ed anni dei sintomi di una malattia cerebrale in via di formazione, in parte accessuali ed a focolaio, in parte continui e parlanti per un'alterazione diffusa. Questi sono da principio di una natura assai indeterminata. Accanto agli accessi di cefalea, che sembra aumentare colla pressione e col caldo del letto, accanto alle vertigini e ai deliqui temporanei, ai sintomi afasici, alla debolezza paralitica in una estremità, alla paralisi accidentale di un nervo cerebrale, si manifesta un'alterazione del carattere e dell'indole. I malati divengono morosi assai, straordinariamente irritabili, di umore depresso, spesso anche disposti all'ipocondria. La loro memoria, i loro scritti rivelano delle lacune, la loro capacità funzionale decade, essi si stancano presto sotto il lavoro mentale, i loro rapporti affettivi si rendono ottusi. Anche l'espressione del viso diviene stupida, fatua, il loro contegno cascante. I malati non tollerano più che difficilmente gli alcoolici, cadono in certi momenti in preda ad una grande sonnolenza, mentre poi altre volte si lagnano di insonnia per settimane.

Dopo una durata più o meno lunga di questi prodromi, un accesso di mania furibonda, di delirio allucinatorio con ansia violenta e con allucinazioni a contenuto terrifico, o un

accesso apoplettiforme od epilettiforme annunciano lo scoppio della malattia reale. Dopo la scomparsa o la remissione parziale dei sintomi dell'insulto, si sviluppa il quadro morboso di una demenza progressiva od anche quello di una demenza paralitica. Soltanto in casi rari questo quadro morboso si sviluppa in modo primitivo in seguito a fenomeni prodromici.

Durante il decorso di questa demenza progressiva possono però manifestarsi in modo intercorrente gli stati morbosi i più diversi, un delirio primordiale di persecuzione e di grandezza, un delirio allucinatorio, degli stati sonnambolici e crepuscolari, dei fenomeni di mania grave sino ad avere l'impronta del delirio acuto.

L'indebolimento psichico predominante, il grande disturbo della coscienza, la brusca venuta e scomparsa del complesso sintomatico forniscono a questo un'impronta speciale e parlano per lo meno per un processo cerebrale idiopatico. Erlenmeyer mette in vista la parzialità del difetto psichico nella lue cerebrale, p. es. la perdita completa dell'attitudine a fare i conti, di parlare una lingua straniera prima ben conosciuta, come se i malati non avessero mai saputo nulla di tutto ciò. Non mancano mai i disturbi motori frammisti al quadro psichico morboso. Essi sono svariati assai, di natura diversa, in parte a focolaio ed episodici, in parte continui e progressivi, basati sopra alterazioni diffuse.

Relativamente ai primi di questi fenomeni, hanno un'importanza speciale le paralisi dei nervi cerebrali, fra le quali con grande frequenza prevalgono quella dell'oculomotorio (ptosi), dell'abducente, del trocleare, dell'ipoglosso, del facciale. Sono rare le emiplegie o le paralisi nette di un'estremità, rarissime le paraplegie.

Parlano per un'alterazione diffusa nei centri motori i disturbi generali nella coordinazione, che spesso colpiscono anche il campo della favella e così lasciano facilmente confondere il quadro morboso con quello della demenza paralitica.

Quasi regolarmente, nei casi a decorso cronico, é compromesso il linguaggio. Accanto agli attacchi di afasia vera con

incapacità assoluta al parlare, si osserva balbettamento, linguaggio scandito, o per lo meno bradifasico.

In tutti i periodi del quadro morboso che decorre come demenza progressiva e va unito a disturbi motori, si possono verificare degli insulti apoplettici od epilettiformi.

I primi si accompagnano raramente a perdita della coscienza, lasciano spesso dietro di sè delle paralisi (emiplegie, afasie, ecc.), le quali però sogliono essere incomplete e scompaiono poi rapidamente.

Gli insulti epilettiformi consistono in convulsioni parziali toniche o cloniche, od anche generali. Costituiscono anzi spesso delle serie di accessi. La coscienza in essi non è sempre abolita.

Un disturbo frequente della coscienza, fatto rilevare con ragione da Heubner, che tien dietro agli insulti psichici o motori, è costituito da certi stati di sonnolenza fino al coma, o da improvviso disordine mentale, dal quale il malato si può risvegliare momentaneamente come normalmente in un individuo addormentato. La loro durata può comprendere dei giorni e delle settimane. Possono anche osservarsi come disturbi episodici indipendenti. Non sono rare altresì l'ambliopia o l'amaurosi, episodicamente e quindi con reperto negativo, oppure durevolmente e con segni di neurite ottica e di atrofia dei nervi ottici.

Un'importanza subordinata l'hanno nel quadro morboso i disturbi sensitivi (dolori osteocopi, neuralgie ed anestesie nel campo del trigemino, dolori reumatoidi nelle estremità).

Il decorso della lue cerebrale è in tutto e per tutto un processo progressivo, il quale si compie a più riprese, in cui i nuovi accessi dànno sempre in qualche modo una nuova impronta alla malattia. Durante il decorso complessivo di questa forma, tutta progressiva, si rende palese una variabilità così sregolata nelle singole serie dei sintomi, quale si può osservare soltanto nell'isterismo (Wunderlich). Fenomeni leggeri e gravi, a focolaio e diffusi, combinati in modo variopinto e non prevedibile, si schierano gli uni accanto agli altri e costituiscono un complesso prodromico di altri sintomi successivi. La morte

può aver luogo inaspettatamente sotto uno di questi insulti, come pure il malato può sortire dai fenomeni i più gravi col più perfetto benessere. La durata complessiva della sifilide cerebrale varia fra dei mesi e parecchi anni. La morte ha luogo rapidamente sotto un insulto, e con fenomeni comatosi, oppure lentamente e coi fenomeni del marasmo generale. La prognosi è dubbia.

Non si osservarono guarigioni spontanee; l'arte medica tuttavia giunge a poter salvare la vita e non di rado anche ad ottenere una guarigione. Per lo più questa si ha soltanto con difetto, almeno nel campo psichico. « La lue dà al cervello un'impronta indelebile » (Wunderlich). Rimane sempre una resistenza minore e una certa propensione alla recidiva.

La condizione prima per l'intervento terapeutico è la conoscenza dell'encefalopatia specifica. Pur troppo però non vi sono punto dei sintomi specifici. La diagnosi è sempre non altro che una diagnosi di probabilità. Il compito precipuo è sopratutto la dimostrazione anamnestica ed attuale della sifilide, ma anche quando si è d'accordo su questo fatto, non è sempre assicurata a sè e per sè la natura luetica della malattia cerebrale.

Sono elementi importanti per la diagnosi l'insufficiente motivo della malattia una volta esclusa la lue, l'aggruppamento insolito dei sintomi e l'alternanza proteiforme e sregolata degli stessi. Relativamente al primo di questi fattori, sorprende la comparsa dei fenomeni cerebrali gravi in un'età spesso giovanissima e senz'altre disposizioni, senza cause occasionali, senza malattie precedenti. Un malato ad es. cade a terra apoplettico e non ha nè ateroma, nè vizio cardiaco, nè morbus Bright. Un altro è colto da un accesso epilettico, senza alcun precedente epilettico.

Relativamente all'aggruppamento dei sintomi, è degno di nota il miscuglio di fenomeni diffusi e a focolaio e la contemporanea comparsa di disturbi funzionali in vie nervose disparate e lontane le une dalle altre. Così si osservano ad es. delle emiplegie complicate a paralisi dell'oculomotorio e dell'abducente, delle emiplegie sinistre con afasia; epilessia con paralisi, dolori

osteocopi, insulti apoplettici seguiti da stati di sonnolenza. Merita altresì considerazione il carattere incompleto e fugace dei fenomeni accessuali, fatto rilevare da Heubner, e inoltre il complesso sregolato di sintomi, ora leggeri, ora gravi, ora psichici, ora motorii, sensitivi, sensoriali.

La terapia ha un campo non infecondo, qualora intervenga rettamente ed energicamente, vale a dire mettendo in opera i mezzi specifici. Più la diagnosi è probabile e più gravi e minacciosi sono i sintomi, tanto più energica deve essere la cura. Nei casi dubbi si potrà tentare almeno il ioduro di potassio.

Altre volte si può intraprendere la cura dell'unguento; in tal caso si guardi però dall'imporre una dieta ristretta. Il cervello del sifilitico non tollera alcuna cura debilitante e meno di tutto poi la sottrazione sanguigna. Con una buona nutrizione, anche una cura d'unguento alquanto spinta non apporta nessun inconveniente. La si può associare alla cura dell'ioduro di potassio, oppure questo si può dare ad intervalli o come cura secondaria. Se la cura dell'unguento non è possibile, si useranno le iniezioni di sublimato, meglio sotto forma di iniezioni peptoniche di sublimato.

Nei casi cronici e che per lo più decorrono sotto il quadro della demenza paralitica, si impiega il ioduro di potassio. Si può portarlo fino alla dose giornaliera di 8 a 10 grammi, qualora, dietro il consiglio di Erlenmeyer, si aumenti spesso e di piccole dosi, attenuandone gli effetti, p. es. con un forte infuso di calamo aromatico.

Nella convalescenza si deve consigliare la cura corroborante carneo-lattea, la vita campestre, i bagni marittimi o idroterapici, l'uso protratto dell'ioduro di ferro.

I bagni solfurei non sono indicati. Poichè la spada di Damocle della recidiva pende sempre sull'invalido cervello del luetico, è indispensabile una dietetica cerebrale mentale e corporea.

Osservazione LXXXIII.

Lue cerebrale con quadro morboso analogo a quello della demenza paralitica.
Miglioramento colla cura antiluetica.
Esacerbazione con esito letale.

Schleger, 40 anni, sellaio, senza disposizione ereditaria, contrasse a 24 anni un ulcero duro. La cura, a quanto sembra, non fu punto specifica. Se in seguito si presentassero dei sintomi sifilitici, non potè essere in alcun modo assodato. Fin dal 1870 il malato soffre per frequenti accessi vertiginosi e si lagna anche di debolezza visiva. Da 7 mesi si era ammogliato. Ad un tratto si notò cambiamento di indole, irritabilità, alternantisi con apatia, distrazione, difficoltata capacità al lavoro. Spesso inoltre non poteva trovare la parola adatta. Nella Pasqua del 1873 andò soggetto a delirio per alcuni giorni.

Il 2, 8, 73, si ebbe uno stato di eccitamento maniaco, il 4 seguì un attacco apoplettiforme, ma senza paralisi residua. Il 5 apparve un vomito sfrenato, il quale si ripetè circa 120 volte dal 6 al 15 ed esaurì talmente il malato, che questi poteva stare soltanto in posizione distesa, chè altrimenti sveniva. In causa dell'eccitamento maniaco durevole (voleva fabbricar delle case, viaggiare per l'America) fu ammesso nel manicomio il 15, 8, 73.

Il malato era profondamente esaurito, abbattuto, color di cera, apiretico. Il vomito durò ancora alcuni giorni. La coscienza era notevolmente turbata, l'umore depresso, il corso delle idee accelerato; però il malato faceva una grande fatica ad esprimere i suoi pensieri. Il contenuto della coscienza era rappresentato dal delirio di grandezza ugualmente fantastico, indeterminato, illogico come nella paralisi. Voleva che fossero sue tutte le stalle del mondo, acquistare bestie feroci, elefanti, fare giuochi di borsa giganteschi. I movimenti delle mani erano incerti, atassici, la deambulazione era inceppata, la pupilla destra miotica, le palpebre superiori cadevano paretiche, il m. retto superiore e l'interno del bulbo destro erano paretici e quando lo sguardo si dirigeva internamente e in alto si aveva diplopia.

In tutto il corpo esiste un'analgesia completa, rimanendo inalterata la sensibilità tattile, quella delle località e l'eccitabilità riflessa. Le glandule inguinali e cervicali sono alcun poco ingrossate. Al pene esiste una cicatrice splendente come un tendine. Alle mucosa delle gote si osserva una zona cicatrizia biancheggiante ed un'altra pure biancastra, senza epitelio, circon-

data da un alone iperemico. Il malato perdette negli ultimi anni la sua capigliatura.

Fu stabilita la diagnosi di sifilide cerebrale e, ad onta del grande marasmo, si intraprese la cura dell'unguento (4 gr. al giorno) associata a quella giornaliera di 4 gr. di ioduro. Nello stesso tempo il malato fu nutrito bene e mantenuto in letto. Il delirio si rese sempre più spiccato; non era più capace di distinguere le sue fantasie dalla realtà. Lo sviluppo delle idee si fece soltanto lentamente e stentatamente, divenne sempre più difficile per lui il trovar la parola adeguata; i ricordi della gioventù erano pressochè dimenticati. Delirava intorno a un negro, che gli aveva tagliato il collo con un filo finissimo e cercava del filo per cucirselo di bel nuovo; voleva i suoi piatti di ferro colla corona da conte in diamanti, che Bismarck gli aveva mandato; si credeva conte.

Il 13, 9, fu sospesa la cura dell'unguento, ma si proseguì con quella del ioduro di potassio a 4 gr.

Nel corso dell'ottobre la sifilide scomparve dalla bocca, la nutrizione si rialzò di bel nuovo, il cranio calvo cominciò a coprirsi nuovamente di peli. I sintomi psichici non migliorarono, ma al contrario sopravenne l'indebolimento psichico e il delirio assunse un'impronta alternante megalo-micromaniaca. Il malato parla di 2 milioni che gli furono lasciati, si ritiene un principe, un lord, aiutante di tutte le maestà. Egli è dotato di una potenza magica; ha scoperto il polo per via sotterranea, dopo essere disceso pel Vesuvio. Nelle sue fasi depressive è tipico, aspetta la morte. Talvolta si agita brutalmente, si lancia contro i vicini per far loro del male. Per due volte tentò di strangolarsi. Dall'1 al 20 novembre si ricominciò la cura dell'unguento, 4 gr., persistendo sempre coll'ioduro. Il malato migliorò notevolmente nella nutrizione, le gote si fecero rosse. Il 21 novembre fu sospesa la cura dell'ioduro di potassio. Si fece sudicio per qualche tempo, in seguito ad anestesia del retto e dell'uretra. Di quando in quando si lagnava di dolori reumatici alle estremità inferiori. Dal 21, 12 riprese giornalmente 2 grammi di ioduro fino al 5, 4, 74, e di poi 4 grammi di sciroppo di ioduro di ferro.

Nel marzo 1874 il malato divenne calmo, ordinato, la coscienza si rischiarò, acquistò coscienza della malattia e non poteva capire come avesse delirato in modo così insensato Il ricordo del tempo della malattia è soltanto sommario. Un esame attento lascia rilevare un discreto e duraturo indebolimento mentale. Il malato non ha la coscienza lucida come quando era malato gravemente, egli giudica tutto in modo ottimistico; i suoi rapporti, i suoi sentimenti verso la moglie e i parenti sono notevolmente ottusi, tuttavia esiste una certa emotività. La ptosi e i fenomeni paralitici esistono inalterati all'occhio destro.

Disturbi del linguaggio, della sensibilità e della motilità non si poterono in seguito constatare, e neppure fenomeni luetici. Il 3, 5, 74, il malato riprese le sue occupazioni di prima.

Il 10, 8, 74, fu nuovamente ammesso. In seguito a forti eccessi sessuali ed alcoolici ebbe di nuovo alla fine di luglio uno stato d'agitazione con vertigini e vomito violento, proprio come la prima volta.

Il malato presentava lo stesso quadro psichico, come alla prima ammissione, vale a dire grande debolezza psichica e fatuità, delirio di grandezza del tutto mancante di critica, indeterminato. La nutrizione invece era scaduta.

I disturbi motori all'occhio destro esistevano inalterati. La ripetizione della cura mercuriale e iodurata non ebbe alcun successo. Il malato presentava un'alterazione mimica caratteristica, come quella di un ubbriaco, i muscoli delle gote e delle labbra della metà sinistra della faccia erano paretici. Dall'ottobre in avanti ebbe ambliopia progressiva ad entrambi gli occhi, per il che voleva andare in Inghilterra per farsi mettere degli occhi nuovi. In marzo 1875 si ebbe leggero balbettamento, il quale persistette con intensità variabile. Ai primi d'aprile si manifestò atassia e tremore nelle estremità superiori. L'11, 5, 75 ebbe 2 accessi vertiginosi. Nel corso dell'estate si sviluppò una profonda clorosi (sifilitica), in novembre ebbe transitoriamente ritenzione d'urina e accessi di vomito.

In dicembre la parola divenne tremula, lenta, e sotto gli affetti divenne mancante del tutto. Le sillabe venivano pronunciate malamente e spesso scandite. Spesso si notarono anche delle paralisi vasali nel campo del simpatico cervicale. Alla palpebra superiore sinistra si manifestò ptosi. Psichicamente esistette in questo lungo tempo una demenza progressiva ed un delirio di grandezza totalmente assurdo.

Si dichiarava un santo, aveva scoperto una nuova parte del mondo attraverso ai firmamenti, era un principe e nello stesso tempo il viaggiatore Kock. Di quando in quando rifiuta il cibo, poichè a lui portano il cibo milioni di Dei, oppure è Bismarck che lo alimenta. Nel corso dell'anno 1876 la malattia fece dei progressi notevoli.

Una profonda anemia e una grande difficoltà nei movimenti richiedevano quasi sempre il riposo in letto. Il disturbo del linguaggio crebbe in modo che la parola in certi momenti diveniva inintelligibile. A questo stato si unì afasia amnestica. Psichicamente esisteva demenza profonda cogli avanzi del delirio di grandezza. Egli credeva di avere 7 vite, 7 genitali, di avere 77 milioni di anni di età. Gli Dei venivano a parlare con lui ogni settimana e perciò gli venivano le vertigini. Dal maggio in poi comparvero a periodi degli accessi di vomito con ritenzione d'urina, meteorismo e fenomeni di collasso.

Dall'8, 1, 77 si verificarono frequenti accessi apoplettici ed epilettiformi e la temperatura salì a 39-40. Il 16, 1, 77, morte.

Sezione (20 ore p. m.). — Cranio e dura normali. Alla convessità le meningi molli sono estremamente indurite, con notevole intorbidamento lungo i grossi vasi della regione parietale e con ispessimenti bianco-giallastri migliariformi della pia sui lobi temporali. Alla base le meningi sottili sono notevolmente torbide ed ispessite, massime a destra.

Il n. oculomotore destro è appena grosso quanto la metà del sinistro ed è impigliato nell'aracnoide ispessita. Del resto i nervi della base sono inalterati. L'arteria vertebrale destra e la Silviana, come pure l'origine della basilare sono dure, rigide, sclerotiche, ed anche in certi punti impervie. Dovunque, tanto alla convessità che alla base ed anche là dove la pia non è nè ispessita nè intorbidata, si osservano delle zone in cui essa si può staccare dalla corteccia rammollita soltanto con perdita di sostanza. Ciò è più che altrove rilevante alla punta dei lobi frontali e al lobulo quadrilatero.

Le circonvoluzioni del lobo frontale sono molto gracili e in certi punti abbassate nel loro livello. La corteccia cerebrale è molto assottigliata, di un colore giallo-bruno, rammollita, infiltrata di siero. Il cervello è del resto molto povero di sangue, splendente, la sostanza nervosa fuoriesce dalla superficie del taglio. I vasi sono dilatati, i lumi vasali notevolmente beanti. I ventricoli sono molto dilatati e ripieni di siero limpido. Scarse granulazioni.

Tutte le parti esterne ed interne del cadavere sono molto anemiche.

Alla superficie inferiore sinistra del velopendolo, la mucosa è scabra e pigmentata e mostra delle perdite superficiali di sostanza. Nella faringe catarro cronico. La punta polmonare sinistra è pigmentata e cicatrizia. Il lobo inferiore del polmone destro trovasi in uno stato di epatizzazione grigia. I veli della mitrale sono ratratti ed ispessiti. La superficie interna dell'aorta è liscia, inalterata.

Fegato grasso, porta hepatis intatta; invece la sierosa è ispessita alla superficie anteriore del lobo destro e sotto di essa si osserva un callo bianchissimo che si interna nel parenchima, duro, fibroso. Del resto nessuna traccia di lue viscerale.

Osservazione LXXXIV.

Demenza progressiva con disturbi motori, a fondo luetico. Trattamento coll'ioduro di potassio. — Miglioramento durevole.

Walz, impiegato, 35 anni, coniugato, fu condotto al manicomio il 27, 5, 76, colla diagnosi di demenza paralitica. Deriva da una famiglia neuropatica, eccentrica. Il padre passò sempre per un pazzo. A 22 anni contrasse un ulcero duro, al quale tennero dietro dei fenomeni luetici. La cura fu specifica, ma sembra fosse poco energica. Un anno dopo l'infezione si manifestò un accesso apoplettico, il quale lasciò come residuo una paralisi facciale. In seguito non si poterono più osservare tracce di sifilide; tuttavia il malato aveva spesso cefalea, intolleranza per l'alcool e si stancava sotto l'applicazione mentale. Nel 1873, nell'occasione dell'Esposizione mondiale di Vienna, abusò molto di coito e di vino e ne rimase nervoso, eccitato e lungo tempo insonne, del che cercò cura in uno stabilimento idroterapico. Tre anni addietro si ebbe una paralisi facciale destra; presentò anche disturbo nel linguaggio, ma transitoriamente.

Nell'estate 1875, in un'epoca in cui il malato era assai preoccupato, si ebbe insonnio e rapido decadimento nella nutrizione. Nel marzo 1876 il malato era alterato psichicamente, cupo, irritabile, distratto, smemorato. Era anche in certi tempi ansioso, preoccupato dell'avvenire, temeva di dover cadere egli e la famiglia in grande miseria, poi in altri momenti si faceva gaio, spensierato fino al fatalismo. Nel maggio 1876 si rinnovò l'insonnio forte, divenne agitato, incapace al lavoro, sensibile alla luce e ai rumori.

All'ammissione il malato si mostra leggermente congesto, come ubbriaco, con espressione del viso alquanto demente e con contegno apatico. Egli non riconosce il luogo dove si trova, si crede il giorno dopo la sua venuta di essere nel manicomio da più settimane, dimentica in un attimo le visite, i pasti, mentre la memoria delle cose remote è abbastanza ben conservata. Riferisce di essere smemorato, che fin da lungo tempo non poteva attendere bene alle sue occupazioni e che spesso sbagliava nel numerare denari e nel far conti. Il malato non è capace di ripetere certe frasi che gli si dicono, il linguaggio è turbato, lento. facilmente esitante. La lingua quando viene sporta trema, negli impulsi mimici ed articolatorii tremano anche le labbra e si notano dei tremori fibrillari nei muscoli del viso; la metà del viso, massime alla bocca, è paretica; all'occhio sinistro si manifesta leggera ptosi e paresi del retto inferiore.

Le pupille sono mediocremente ed ugualmente dilatate, reagiscono prontamente. I movimenti delle estremità sono alquanto incerti e spesso

si manifestano delle contratture. La deambulazione è facilmente oscillante, disarmonica, a larga base. Un esame esattissimo non lasciò osservare alcuna traccia di lue. L'oftalmoscopio mostrò a sinistra le arterie ristrette, le vene congeste; a destra la metà esterna della pupilla è grigiastra, scolorata (edema). Il malato è iperestesico ai rumori, dorme poco. Egli gira qua e là con coscienza di tempo e luogo molto labili, cade spesso in preda ad affetti dolorosi infantili, perchè la moglie non lo cerca e lo lascia in *carcere*. Talvolta grida anche che lo si rovina, che lo si cura coi veleni. Egli è un uomo perduto, si dovrebbe senz'altro metterlo in una bara. « Oh quanto meglio sarebbe il morire piuttosto che mai più riveder la moglie ». Coi bagni l'insonnia scomparve. In vista degli antecedenti luetici del caso, fu prescritto il ioduro di potassio, che fu portato gradatamente fino a 6 gr. al giorno, finchè si manifestarono l'acne iodale e dei sintomi leggeri d'intossicazione.

Fin dalla metà di giugno, la coscienza si rischiarò e i disturbi motori si ridussero al loro minimum. L'osservazione ulteriore non si potè continuare in causa dell'improvvisa uscita del malato il 4, 7, 76. Quando uscì presentava ancora un leggero grado d'indebolimento psichico, parola disarticolata e tremore leggero dei muscoli del viso.

Alla cortesia del direttore del manicomio di Birnbacher io debbo le ulteriori notizie intorno al malato. Dopo la sua uscita dal manicomio, ebbe un accesso apoplettiforme, al quale tenne dietro un forte decadimento delle funzioni psichiche e una emiparesi. Era reso demente, imbecille come un bambino. Dopo un mezzo anno era così migliorato da poter attendere anche a lavori di rilievo. Da due anni funge come applicato contabile. Ad eccezione di una leggera demenza, si può asserire che le facoltà psichiche sono presso a poco intatte.

CAPITOLO III

—

Alcoolismo cronico e sue complicazioni (1).

L'eccesso alcoolico, considerato sotto il punto di vista di una delle più importanti cause della degenerazione fisico-psichica e specialmente morale dei popoli, e direttamente degli individui, come pure sotto il punto di vista delle infermità cerebrali che ne conseguono sulla via della trasmissione ereditaria, fu trattato nel capitolo Etiologia (vol. I, p. 263); dove nello stesso tempo fu fatta parola del momento patogenetico, col quale si spiega il profondo deterioramento degli organi nervosi centrali successivo all'abuso di bevande spiritose.

Ora ci rimane il còmpito di illustrare il ricco quadro clinico dei disturbi che si manifestano nel sistema nervoso in base a questi eccessi persistenti e di svolgere con metodo la complicata sindrome fenomenica relativa, che ha tanta importanza pel medico pratico e pel medico legale.

Noi comprendiamo sotto la denominazione di *alcoolismo cronico,* introdotta da Magnus Huss, tutti quei fenomeni degenerativi durevoli, psichici e fisici, che abitualmente derivano dall'abuso dell'alcool.

Come sostrati anatomici di questa degenerazione dei centri nervosi più elevati, si osservano delle alterazioni infiammatorie

(1) Lett.. Brühl-Cramer, *Die Trunksucht,* Berlin, 1819; Clarus, *Beiträge etc.,* 1828, p. 111 (letteratura antica); Henke, *Abhandl.* IV, p. 271; Magnus Huss, *Der chron. Alkoholismus,* trad. di Busch, 1852; Voisin, *Annal. méd. psych.,* 1864, gennaio; Magnan, *Gaz. des hôp.* 1869, 79, 82, 85, 100, 108; Fletcher, *Ueber Dipsomanie. Brit. med. Journ.* 1864, gennaio; Lagardelle, *Gaz. de Paris*, 1865, 5; Rose, *Pitha und Billroth's Chirurgie* I, H. 2 (letteratura); v. Krafft, *Irrenfreund,* 1874, 2; Magnan, *De l'alcoolisme,* Paris, 1874; Boehm, *Ziemssen's Handb.* XV; Dagonet, *Traité des mal. ment.,* 1876, p. 526; Baer, *Der Alkoholismus,* Berlin, 1878, p. 51.

croniche alle meningi e dei processi atrofici alla corteccia cerebrale, basati sull'azione chimica irritativa dell'alcool e dei suoi derivati sul tessuto cerebrale, come pure sui processi flussionari e congestivi nei ventricoli e nelle vie linfatiche del cervello e delle sue meningi.

Come successioni o complicazioni nel sistema nervoso, si osservano anomalie nella distribuzione del sangue (iperemie ed anemie), idrocefalo esterno ed interno, iperostosi del cranio e pachimeningite interna, e per gli altri organi arteriosclerosi, ipertrofia cardiaca, cuore grasso, catarro gastrico cronico, degenerazione del fegato e dei reni.

1° Il carattere fondamentale dei disturbi psichici relativi è quello dell'indebolimento psichico, dell'insufficienza progressiva delle funzioni etiche ed intellettuali.

a) I primi sintomi sogliono manifestarsi nella sfera etica. Quegli che è dato all'ubbriachezza presenta idee molto rilasciate in fatto di onore, di morale, di famiglia, indifferenza pei suoi doveri, per la rovina della famiglia e pel disprezzo dei suoi concittadini; diviene un egoista brutale e cinico (degenerazione della morale e del carattere, propria degli ubbriachi, *inhumanitas ebriosa*, Clarus).

b) Così cresce man mano l'irritabilità emotiva, fino a divenire irascibilità e violenza. I più futili motivi richiamano affetti forti, fino agli scoppi di furore, i quali in grazia alla debolezza etica avanzata, sono infrenabili e portano con sè l'impronta degli affetti patologici *(ferocitas ebriosa)*.

c) Si osservano talvolta, massime di giorno, degli stati di profonda depressione psichica, di malumore morboso fino al *tædium vitæ,* che scompaiono temporaneamente ogni qualvolta si amministra una nuova dose di alcool *(morositas ebriosa)*.

d) Un fenomeno che si verifica presto nel campo psichico è una straordinaria debolezza di volontà nell'adempimento dei propri doveri d'impiegato e sopratutto di cittadino. Essa si manifesta più che tutto nell'impossibilità di far cose buone, di sottrarsi al vizio del bere e presenta una manifestazione istrut-

tiva in quei casi non rari in cui gli alcoolisti pregano per essere ammessi nei manicomi; poichè essi sono ancora abbastanza intelligenti per scorgere l'abisso nel quale si trovano e nello stesso tempo séntono la loro debolezza volitiva e morale, che non lascia loro possibilità di moderarsi di forza propria.

e) Oltre a questi sintomi si manifesta finalmente un decadimento progressivo della capacità intellettuale in toto, che ben presto si rivela con debolezza della memoria, difficoltà nel corso dei pensieri, ottusità dell'appercezione e arriva persino alla più completa demenza.

f) Un fenomeno saliente e che si ha nel maggior numero degli alcoolisti cronici, si osserva nel campo sessuale, e cioè il delirio di essere traditi sessualmente, sia dalla moglie (delirio d'infedeltà coniugale) (1), sia dall'amante (delirio geloso). Come equivalente di questi stati si nota il delirio che i vicini facciano delle oscenità. Io ho osservato questo delirio in un prete cattolico, il quale ne incolpava un suo collega.

Questo delirio di gelosia non si trova soltanto nelle psicosi complicate all'alcoolismo cronico (p. es. cogli altri elementi di un delirio di persecuzione, di essere derubati, minacciati della vita, ecc.), ma di regola come delirio a sè. Questo si segnala spesso fin da principio come un filo luminoso attraverso il processo della degenerazione psichica, e può giungere fino al più brutale maltrattamento della moglie supposta infedele e fino all'assassinio di essa e del supposto rivale.

La deficienza etica, la debolezza psichica e l'irritabilità emotiva sono necessarie allo sviluppo di questo delirio, che ha probabilmente le sue fondamenta organiche nella raffreddata libidine sessuale e nell'impotenza che tengon dietro al vizio del bere.

Di rado e soltanto in preda all'affetto o nell'ebbrezza, i malati raggiungono la prova allucinatoria dell'infedeltà coniugale; più spesso parole, gesti, atteggiamenti insignificanti vengono in-

(1) Lett. Cohen v. Baren, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 3, p. 620-639; Casper, *Lehrb. hes. v. Liman,* 6 Aufl, caso 254; Liman, *Zweifelhafte Geisteszustde.*, pag. 297, 304, 306, 320; Nasse, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34; Schaefer, *id.*, 35, H. 2.

terpretati in senso delirante e prestano sempre maggiore appoggio al delirio stesso (1).

2° Accanto ai fenomeni psichici si manifestano dei disturbi sensoriali, quali primi sintomi dell'alcoolismo cronico. Essi sono basati in gran parte sopra disturbi nella circolazione cerebrale e si manifestano sotto forma di cefalea, vertigini, senso di desolazione, incapacità mentale, disordine, malessere, sonno turbato, con sogni molesti ed ansiosi.

3° Gli apparecchi sensoriali sono sede di importanti disturbi. Essi sono in parte riferibili a disturbi di circolo nei medesimi e si manifestano da principio con iperestesie e sensazioni elementari subbiettive che giungono fino alle allucinazioni, e più tardi colle anestesie.

Sono affetti prevalentemente il senso della vista, poi quello dell'udito.

I fantasmi consistono in mosche volanti, vista di fiamme e di scintille, acusmi, rumori, mormorii. Questi fenomeni si accompagnano non di rado a considerevole iperestesia acustica.

Da questi fenomeni ed acusmi si sviluppano spesso delle illusioni, le quali poi vengono interpretate anche più falsamente delle allucinazioni.

Ma non mancano altresì le vere allucinazioni, che da principio si hanno poco prima di addormentarsi, poi episodicamente qua e là nel corso della malattia, dietro influenze debilitanti (sottrazione dell'alcool, sonno turbato, insufficiente nutrizione).

Esse sono in gran parte riferibili all'anemia degli apparati centrali di senso, si trovano quasi esclusivamente nel campo del senso della vista, raramente dell'udito, ed hanno prevalente-

(1) Questo delirio episodico a sè, quasi monomaniaco, che io non trovai mancante mai sopra 23 uomini e 3 donne affetti da alcoolismo cronico, basta a caratterizzare il quadro morboso dell'alcoolismo cronico. Non è tuttavia specifico di questa forma. Io l'ho visto originarsi nello stesso modo anche in 2 individui assolutamente non dediti all'alcool (apoplessia cerebrale e trauma al capo). Esso sembra avere negli uomini un significato idiopatico e prognosticamente grave. Nelle donne invece è frequente in base ad alterate sensazioni sessuali successive a malattie uterine ed ai processi climaterici, come fenomeno parziale di un diffuso delirio di persecuzione.

mente un contenuto terrifico, provocatore di ansia (visacci orridi, apparizione di spettri, animali) (1).

Nel corso della malattia si può giungere fino all'ambliopia, come osservarono Galezowski ed altri. Si manifesta subitamente e diminuisce considerevolmente la potenza visiva. I malati divengono miopi, vedono meglio alla sera.

Di quando in quando si manifesta la diplopia e la poliopia per affezione convulsiva dei muscoli dell'accomodazione e non di rado si osserva anche temporaneamente la cecità pei colori. Le pupille sono dilatate, spesso inuguali. L'oftalmoscopio non dà alcun reperto, o al più edema della retina e forte contrazione delle arterie.

Il disturbo visivo può scomparire dopo alcuni mesi, quando si tengano lontani gli abusi degli spiritosi.

Ma per lo più questo rimedio non giova, in causa della profonda alterazione del nervo ottico, che ha prodotto l'amaurosi.

4° Ben presto soffre negli alcoolizzati l'integrità delle funzioni motorie.

Il disturbo più grave, più frequente e più precoce degli altri è il tremore nella musculatura volontaria. Si osserva specialmente alla lingua, alle labbra, al viso, alle mani. Il tremore può tuttavia rendersi transitoriamente universale e crescere fino a divenire tremore convulsivo generale.

È degna di nota in questo stato la circostanza che a digiuno questo tremore è fortissimo e si mitiga sotto l'uso dell'alcool.

Non di rado anche in principio della malattia, per esagerata eccitabilità riflessa del midollo spinale, si manifestano convulsioni generalizzate e crampi tonici locali alle polpe delle gambe. Si osservano specialmente nel sonno e figurano, accanto ai fantasmi, come causa principale del sonno difficile di questi malati.

(1) Questi fantasmi sono per lo più in gran numero (fiere fantastiche, assassini con pugnali affilati, ecc.). Ad un mio malato per lungo tempo apparvero prima di prender sonno 2 individui vestiti da gendarmi colle baionette in canna. Gli chiedevano chi fosse e pretendevano denaro. Più tardi lo perseguitarono anche nella strada, di giorno, cogli scritti, talchè egli dovè implorare protezione dalla polizia. Si hanno anche le illusioni, in preda alle quali quelli che li avvicinano assumono apparenze infernali, si trasformano in diavoli o in animali.

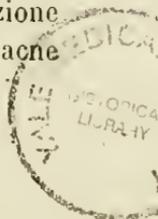
Negli stadi avanzati dell'alcoolismo cronico, si hanno dei fenomeni paretici nel campo del facciale, come pure nelle estremità. Le mani perdono la loro forza, i ginocchi si piegano, la deambulazione diviene oscillante. La causa di questi disturbi motori (midollo spinale, corteccia cerebrale) non è finora stata indagata.

5° Un fenomeno frequente nell'alcoolismo cronico inoltrato è dato dai disturbi sensitivi. Da principio si tratta di iperestesie e neuralgie. Le prime possono essere cutanee e muscolari. Magnus Huss descrive anzi una forma iperestesica propria all'alcoolismo cronico. Per lo più tuttavia le iperestesie non sono generali, ma limitate ad alcune estremità. Esse danno luogo probabilmente per l'aumentata eccitabilità degli apparati riflessi del midollo spinale, a delle convulsioni spastiche sfolgoranti analoghe a quelle prodotte dalle scosse elettriche e a contrazioni toniche della muscolatura delle polpe.

Negli stadi ultimi dell'alcoolismo cronico, si osservano delle analgesie e delle anestesie. Esse sono per lo più limitate all'avambraccio, od anche semplicemente alle dita od alle estremità inferiori fino al ginocchio, e possono altresì estendersi fino al petto. Magnan ha fatto rilevare che l'emianestesia dei bevitori è una delle forme più gravi di anestesia.

Talvolta si ha anche una lentezza nell'appercezione, rimanendo intatta la sensibilità.

Queste svariate e turbate sensazioni sono non di rado interpretate falsamente dalla coscienza offuscata ed in modo allegorico, e ciò è fondamento alle idee deliranti. Così i dolori neuralgici, sfolgoranti conducono talvolta al delirio di essere martirizzati coll'elettricità; le sensazioni neuralgiche ed iperestesiche conducono all'idea che serpenti ed insetti girino sulla pelle, per il che questi malati si grattano continuamente e lacerano i loro vestiti.

6° Negli alcoolisti si osservano presto dei disturbi circolatorii nel campo dell'innervazione vasale, prescindendo da quelli che tengon dietro alla arterio-sclerosi, al cuor grasso, ecc. Si hanno delle paralisi vasali, le quali consistono specialmente in dilatazione dei vasi e in circolazione rallentata nel viso, e danno luogo all'acne

rosacea, pel disturbo nutritizio della cute che tien dietro a questo rallentamento circolatorio e alla stasi della linfa; a ciò si unisce polso tardo e per lo più lento.

Il cervello indebolito e paretico nel suo tono vasale, di poca resistenza in virtù della flussione, sopporta col tempo sempre meno l'alcool; e dippiù gli eccessi alcoolici conducono tosto ad iperemie flussionarie considerevoli del cervello, con fenomeni di oppressione e di stimolo, (V. *Stati di ubbriachezza patologica).*

7° Un fenomeno precoce nei bevitori è solito manifestarsi col decadimento della libidine e della potenza sessuale, fino alla totale estinzione.

8° I disturbi profondi cui gli organi vegetativi vanno incontro in seguito al protratto abuso dell'alcool, si traducono con una senilità precoce, specialmente con disturbi nella nutrizione e circolazione, i quali tengon dietro all'aterosi delle arterie, alla paralisi vasale, al cuore grasso, al catarro gastro-enterico cronico, alla degenerazione del fegato e dei reni.

La pelle scolorata ed avvizzita, l'anemia cutanea associata alle ectasie ed alle stasi venose, gli occhi contornati da cerchi, con pupille per lo più dilatate, lo sguardo senza espressione, la ciera demente con deficiente innervazione facciale fino alla paresi, il contegno cascante, indeciso dell'intera personalità, tradiscono la degenerazione psichico-somatica degli alcoolisti.

Il decorso dell'alcoolismo cronico è progressivo fino agli stadi più avanzati della degradazione psichica e fisica, — stupidità, paresi, decadenza vegetativa.

Di rado un bevitore raggiunge questo stadio finale, poichè le malattie concomitanti degli organi vegetativi, specialmente la cirrosi del fegato, l'idrope, l'uremia, gli insulti apoplettici od epilettici, le affezioni infiammatorie acute, massime dei polmoni, mettono per lo più un fine alla vita.

Ogni malattia anche semplice nei bevitori, persino una bronchite, può riuscire fatale ed assume in ogni caso un carattere adinamico.

La prognosi dell'alcoolismo cronico è infausta, poichè soltanto di rado chi ne è affetto è capace di risalire il piano

inclinato in cui si ritrova e di emendarsi spontaneamente del suo vizio, anche date le condizioni più favorevoli.

La terapia deve in prima linea essere causale. La astinenza dell'alcool non è possibile nella cura privata. Essa è possibile soltanto negli ospedali, specialmente nei manicomi. In certi paesi, i quali sono specialmente affetti dalla peste dell'acquavite, si è già cominciato ad erigere degli stabilimenti (1) dati alla cura degli ubbriaconi. Essi sono un benefizio per gli individui come per la società, diminuiscono il numero delle disgrazie e dei delinquenti ed offrono altresì qualche successo nei bevitori profondamente degenerati ed hanno il grande vantaggio di evitare la trasmissione ereditaria delle infermità che si collegano all'alcool. L'istituzione di questi asili nei paesi colti non può essere mai abbastanza caldamente raccomandata. Il metodo dell'isolamento forzato messo in opera con questi individui, è giustificato quando è stabilito sulle basi cliniche di quella malattia, e allora apporta grandi benefizi educando questi disgraziati, irresponsabili, decisamente cerebropatici; ma poichè questi asili fino ad ora scarseggiano, i casi più disperati di alcoolismo cronico vengono affidati ai manicomi, ai quali veramente non appartengono ragionevolmente, o almeno soltanto negli stati intercorrenti d'agitazione; licenziati poi dal manicomio, recidivano in breve tempo. Riesce efficace soltanto una dimora di più anni negli asili, dove tutto ciò che è alcool è proscritto e in cui è sistematicamente tolta dalle abitudini dei malati l'influenza di questo stimolo sul sistema nervoso.

Merita appena che sia fatta parola della cura in parte nociva, in parte inefficace dell'acquavite colla tintura di china, l'acido solforico o magari il tartaro emetico, che nella pratica privata tanto spesso si impiegano senza successo.

Importante pel medico pratico è il fatto che le influenze debilitanti provocano facilmente delle complicazioni nei bevitori, massime il *delirium tremens*, e che le malattie acute assumono facilmente un carattere astenico-pernicioso.

(1) V. Baer, op. cit., p. 506.

Osservazione LXXXV.

Alcoolismo cronico con speciale decadimento della morale e degenerazione del carattere.

(Inhumanitas et ferocitas ebriosa).

Ferimento della moglie in istato di ubbriachezza e di affetto.

Hilz, 50 anni, possidente, deriva da genitori dediti al bere. Di 13 fratelli vivono soltanto due! Essi sono irascibili, brutali, dediti all'ubbriachezza. Fin dalla gioventù il malato era strenuo bevitore.

Fin dal 1871, dopo essersi ammogliato, si dimostrò eticamente ed intellettualmente difettoso. Negli ultimi anni si dedicò sempre più all'uso degli alcoolici. D'allora in poi decaddero rapidamente le sue forze corporee e mentali. Il malato si fece sempre più immorale, faceva discorsi scomposti, dichiarava sua moglie una p..... in faccia agli altri, la ricercava oscenamente in presenza agli altri; colla donna sua era costretto a limitarsi a giochetti osceni, poichè la libidine sessuale e la potenza decadevano sempre più. Le persone di servizio le trattava brutalmente, anzi le batteva spesso.

Trascurò le sue occupazioni, gironzò per le osterie, beveva ad ogni ora, anche di notte appena si svegliava, dello Slivovic, talchè al giorno poteva appena reggersi in piedi tanto era ubbriaco. Egli stesso conosceva che la sua memoria aveva di molto sofferto massime riguardo ai ricordi della gioventù e che sempre più gli cresceva la tendenza per l'alcool.

Il malato divenne sempre più brutale, irritabile, agitato. Quando era ubbriaco si sentiva l'impulso di porre tutto sossopra. I suoi stati di ebbrezza assunsero un'impronta sempre più patologica. Gridava, saltava, diceva parole senza nesso l'una dietro all'altra, rompeva quanto gli capitava fra mano, minacciava chi lo avvicinava di coltello e di revolver, talchè ognuno si temeva di lui.

Da alcuni anni, quando si addormentava di notte e quando si svegliava, si resero manifesti anche dei disturbi sensorii e sensoriali. Il letto ballava con esso, vedeva spiriti opachi passeggiare per l'aria, uccelli, sorci, ratti, cani e gatti girare per la camera. Sentiva inoltre rumori, scrosci, mormorii nelle orecchie, sentiva gemiti pietosi e durava poi fatica a persuadersi che tutto ciò era illusione. Il sonno era cattivo, quando si risvegliava era per lo più bagnato di sudore.

Quando si alzava aveva vertigini così forti che era costretto a farsi reggere, dolori al capo, vomiti, catarro ostinato, tremore generale, talchè

egli non poteva portare il cucchiaio alla bocca. Se si rimetteva a bere si mitigavano questi feuomeni e scompariva il tremore.

Il 29, 12, 74, aveva bevuto molta acquavite e si mostrava irato, agitato. Dopo pranzo chiese alla sua donna del latte. E come essa non lo aveva pronto, montò in gran furia e sparò due colpi di rivoltella nel muro e uno alla donna che cercava di calmarlo. E quando la vide caduta, venne un po' in sè, ebbe paura e voleva di poi appiccarsi.

Di questo fatto si ricordò in seguito soltanto confusamente. Egli voleva evidentemente soltanto spaventare, non uccidere la sua donna.

All' atto dell' esame si manifesta uomo profondamente decaduto eticamente ed intellettualmente. Non si prende alcun pensiero dell'avvenire, non ha alcun pentimento del fatto commesso. La ciera è morosa, stupida, la lingua è impaniata di bianco, la pelle è arida, gialliccia, la musculatura è flacida, il viso è arrossato, i capillari sono dilatati, gli occhi circondati da un alone, il campo d'innervazione facciale sinistro è meno innervato del destro. Le mani e le estremità inferiori presentano un leggero tremore. La sensibilità non si mostra in alcun modo turbata. Il polso è raro, piccolo, tardo, i toni cardiaci sono oscuri, l'area cardiaca è un poco ingrandita, il fegato sporge dall'arco costale. L'appetito è cattivo, la defecazione è stentata. Il malato si lagna di peso al capo, vertigine, cefalea, ronzii alle orecchie; ciò massime di giorno. Catarro bronchiale cronico. Sonno cattivo, turbato da frequenti sussulti e sogni ansiosi.

L'astensione dagli alcoolici prima in casa e poi nel manicomio, ebbe un'influenza riparatrice sugli organi potentemente indeboliti, ma il paziente rimase depresso eticamente ed intellettualmente, incapace di condursi da sè. I tentativi fatti di lasciarlo un po' a mano libera conducevano sempre a nuovi eccessi.

Una prova della decadenza morale del malato si rivelò in ciò che egli, essendosi recato a passeggio colla moglie, voleva praticare il coito entro il fosso di una strada di campagna assai frequentata.

1° *Delirium tremens* (1).

Una delle più importanti e frequenti affezioni intercorrenti dell'alcoolismo cronico è il *delirium tremens.*

Come già il nome lo dice, i fenomeni fondamentali di questa malattia sono il delirio e il tremore.

Altri sintomi che non mancano mai sono l'insonnio e le allucinazioni.

La malattia viene soltanto negli individui abitualmente dediti agli eccessi alcoolici e che già più o meno presentavano dei sintomi di alcoolismo cronico; l'eccesso alcoolico per una volta sola, per quanto forte, non dà mai luogo al *delirium tremens.*

Mentre però la malattia cerebrale basata sull'alcoolismo cronico offre una predisposizione all'insorgere del *delirium tremens,* si ha tuttavia una serie di cause occasionali per l'insorgere del medesimo. Consistono queste in certi momenti debilitanti che dànno il tracollo ad un cervello già debole ed incapace di resistenza. Fra le più importanti cause occasionali si hanno i frequenti eccessi alcoolici (a potu nimio), l'astensione dall'alcool come stimolo abituale del sistema nervoso (a potu intermissio), l'insufficiente alimentazione per mancanza di nutrimento o per aumento del catarro cronico di stomaco, gli affetti violenti dell'animo, le malattie gravi, massime le pneumoniti, le suppurazioni profuse, gli ascessi, le emorragie, le veglie notturne, le malattie dolorose e le ferite.

L'esordio del *delirium tremens* non è mai improvviso. Come precursori di esso si osservano certi stati gastrici, insonnio con allucinazioni terrificanti, o sonno inquieto con sogni ansiosi e frequenti sussulti paurosi, molestia, irritabilità, oppressione

(1) Letter.: *Sutton*, traduz. ted. di HEINEKEN, 1820; BARKHAUSEN, *Bemerkungen über den Säuferwahnsinn*, Bremen, 1828; GOEDEN, *de del. trem.*, Berlin, 1825; MARTINI, *Beitrag z. prakt. Heilkunde*, 1836, Bd. 3; v. FRANQUE, *de del trem.*, München, 1859; FOVILLE, *Arch. génér.*, 1867; LASEGUE, *id.*, 1869; ROSE, op. cit.; SANDER, *Arch. f. Psych.*, 1868, e *Psych. Correspondenzblatt*, 1877, 8, 9; MAGNAN, op. cit.

alla regione cardiaca fino all'ansia precordiale la più violenta, rumori agli orecchi, acusmi, iperestesie dell'acustico e dell'ottico, cefalea, vertigini, agitazione nervosa, leggero tremore delle mani e della lingua.

La durata di questo stadio d'incubazione può abbracciare persino 12 giorni.

Il vero parossismo si estrinseca con una serie di disturbi funzionali psichici, motori e vegetativi. In seguito all' insonnia durevole, all'agitazione psichica, ai frequenti terrori, all'aumentantesi eccitabilità emotiva e sensoriale, ai disturbi formali del processo ideativo, che il malato descrive come incapacità di accozzare assieme i pensieri, come grande confusione, si arriva al turbamento della coscienza e al delirio. Quello è sempre soltanto superficiale, uno stato crepuscolare-sonnolento, e si può dire in genere che il malato, richiamato energicamente, può al momento fare discorsi retti e dare risposte assennate, per poi cadere di nuovo in braccio al suo delirio. Questo si basa prevalentemente sulle allucinazioni. I malati parlano per lo più di osterie, chiedono da bere, oppure credono di attendere alle loro occupazioni, nel cui disimpegno si sentono stanchi.

Le allucinazioni, le quali da principio si verificano soltanto nel campo del senso visivo e nell'oscurità, più tardi avvengono anche di giorno, hanno un contenuto prevalentemente terrifico e si aggirano a preferenza intorno a visioni di animali; e non sono animali isolati, ma dei veri eserciti di animali, grandi quantità di cavalli, di cani, di ratti, di sorci, ecc. che il malato crede di vedere. Essi assumono delle posizioni aggressive, lo raggiungono, lo minacciano, lo atterrano, lo acchiappano, lo mordono. Oltre a questi animali compaiono anche degli spettri brutti, diabolici, e sempre in masse. Certe sensazioni iperestesiche e paralgiche risvegliano nel malato la percezione illusoria di rospi, serpi, vermi, ragni sulla pelle e con ciò si spiega la tendenza a lacerar le coperte del letto e a graffiarsi la pelle, che abitualmente si osserva nell'acme della malattia. Anche i foruncoli, le piaghe ed altro vengono sempre inter-

pretate nel senso del delirio, come morsicature d'animali, attentati di assassini, ecc.

Tutte queste allucinazioni visive si hanno a prevalenza nell'oscurità e si manifestano spesso nella convalescenza, non appena il malato, anche non più delirante, chiude gli occhi.

Nel corso del delirio possono anche presentarsi le allucinazioni uditive, le quali atterriscono sotto forma di tuoni confusi, fracassi, strepiti, voci, ed hanno non di rado anche un contenuto osceno, ma in confronto al campo dominante delle allucinazioni uditive hanno non altro che un carattere episodico.

Queste allucinazioni sono per l'appunto quelle che mettono costantemente il malato in agitazione ed anzi lo lasciano non di rado in preda ad un delirio elementare di persecuzione. Molto spesso si tratta anche di illusioni per cui certe macchie, screpolature, certe apparenze nei dipinti delle pareti o nei tappeti vengono prese addirittura per animali. Anche le persone che li contòrnano nell'acme della malatttia vengono riconosciute nel senso appunto del delirio dominante.

In causa del contenuto terrifico-ostile dei disturbi sensoriali e dell'appercezione, si possono anche avere degli attentati contro la propria e l'altrui esistenza.

Abbastanza spesso si osserva anche il delirio di avvelenamento con rifiuto temporaneo del cibo, basato sopra un catarro di bocca e di stomaco contemporaneamente esistente.

Fra i disturbi motori si deve notare il tremore, il quale si manifesta specialmente alle dita e alla lingua, spesso anche si estende ai muscoli della faccia e delle estremità e aumenta talvolta fino a divenire un tremore convulsivo generale. Le deambulazione dei malati è traballante, oscillante, incerta. La sensibilità dolorifica è spesso depressa. Degli stati di analgesia possono alternarsi con altri di iperestesia.

L'eccitabilità riflessa è spesso esagerata. Si nota una grande instabilità nel letto, con tremori e scosse alle estremità, fino a giungere alle convulsioni cloniche parziali o generali. Il polso è frequente fino a 100 battute e sopra, la respirazione è accelerata. La secrezione salivare è per lo più profusa; l'urina è con-

centrata, con peso specifico elevato e non di rado contiene una quantità considerevole di albumina. Vi ha costipazione dell'alvo. Generalmente si osservano anche delle complicazioni gastriche.

All'acme della malattia il sonno manca del tutto.

Il *delirium tremens* è, a sè e per sè, una malattia apirettica; tuttavia si hanno non di rado, come avviene per l'appunto nelle neurosi gravi, dei rapidi e molto considerevoli aumenti della temperatura, i quali sono riferibili alla comparsa di malattie complicanti degli organi vegetativi, che inducono delle anomalie d'innervazione nei centri del cervello regolatori del calorico.

Magnan ha descritto questo stato come *delirium tremens* febbrile e l'ha contrapposto, come forma gravissima al delirio afebbrile. Quello può anche aversi primitivamente. Si osservano spesso altresì delle convulsioni epilettiche, cloniche, parziali od anche generali. Il calorico proprio cresce rapidamente ed arriva fino a 43°. La morte è l'esito quasi costante di questo delirio febbrile, che io amo meglio chiamare, d'accordo collo Schüle *(Hdb.* p. 317), delirio acuto piuttosto che *delirium tremens.*

Spesso il *delirium tremens* assume un carattere adinamico: il polso diviene cedevole, piccolo, i toni cardiaci si fanno oscuri e talvolta il primo si vela completamente; il malato dà in smanie, suda profusamente, arriva ad un delirio mussitante, raramente furibondo, con sussulti tendinei; la lingua si fa fuliginosa, la coscienza scompare totalmente, fino al sopore.

La durata del *delirium tremens* comprende presso a poco da 3 a 8 giorni, ma si hanno spesso delle remissioni, le quali protraggono la malattia anche di parecchie settimane. Il decorso nel suo complesso è remittente-esacerbantesi. Il *delirium tremens* è una malattia grave, la quale finisce letalmente in circa il 15 0\|0 dei casi. Il pericolo di essa giace nella facilità all'esaurimento, e nella manifestazione di complicazioni cerebrali (edema, delirio acuto) e di malattie vegetative, segnatamente la pneumonite ipostatica.

Esiti del *delirium tremens* sono: la morte per esaurimento o per una qualche complicazione (fra le quali sono a temersi specialmente l'edema cerebrale con convulsioni), il passaggio ad uno stato cronico (delirio da inanizione), ad un disturbo mentale cronico, o la guarigione. Questa può aver luogo in modo quasi critico dopo un sonno profondo, ma per lo più il ritorno alla norma è graduato, l'agitazione e il delirio sfumano per mezzo di pause successive al sonno. Il malato entra in uno stadio di prostrazione corporea e psichica (turbamento della coscienza fino allo stupore, debolezza dell'appercezione), nel quale i deliri rimangono ancora incompletamente corretti e di quando in quando si ripresentano le allucinazioni. Queste col tempo vengono riconosciute come tali e non sono quindi più la causa di agitazione. Le psicosi che si osservano alla fine del *delirium tremens* sono anzitutto degli stati di stupore protratti, poi melanconie e manie. Esse non si distinguono dalle altre psicosi da influenze debilitanti, tranne che per le tracce dell'alcoolismo cronico (opacamenti, stasi linfatiche della pia), le iperemie venose e l'edema nella pia e nel cervello.

La terapia (1) del *delirium tremens* deve prima riempire l'indicazione causale e poi l'indicazione sintomatica.

Relativamente alle cause, è di grandissima importanza la profilassi. I medici hanno una grande opportunità di praticarla negli ospedali e nelle carceri. Se l'individuo ammesso è un bevitore, non gli si tolga del tutto il suo nervino abituale, l'alcool, o almeno non si indugi a fornirglielo, non sì tosto si presenta una malattia grave, oppure una di quelle che son solite essere causa occasionale del delirio.

Oltre a ciò bisogna avere a mente che una malattia grave o dolorosa, una ferita in un bevitore non deve essere curata coi mezzi debilitanti (sottrazioni sanguigne, drastici, ecc.), ma al contrario deve essere adottato un regime corroborante tanto dietetico che medicamentoso.

(1) Rose, op. cit., p. 101; Fürstner, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34, H. 2.

Poichè in ogni bevitore, per le accennate circostanze, è sempre minacciante il pericolo del *delirium tremens*, si abbia attenzione a quei sintomi che potessero per avventura essere incubatorii, massime l'insonnia, e si curi subito questa cogli ipnotici (oppio, con o senza spiritosi, cloralio idrato con o senza morfina). Le indicazioni per la cura della malattia dichiarata consistono nell'evitare tutti i momenti debilitanti e nel provocare il sonno nel modo più pronto che sarà possibile.

La prima indicazione è giustificata dal carattere decisamente astenico di questo delirio da inanizione, come pure dai magri risultati della vieta terapia debilitante; la seconda indicazione viene dall'esperienza fatta che il delirio si mitiga non sì tosto il malato si abbandona al sonno profondo, lungo, ristoratore.

Nella scelta dell'ipnotico più appropriato si deve aver riguardo alle condizioni individuali e allo stato generale del malato, alle complicazioni accidentali (febbre, malattie infiammatorie), massime allo stato del cuore (degenerazione grassa, debolezza cardiaca).

A questo riguardo si dànno tre gruppi di casi:

1° Si tratta di una malattia che si presenta per la prima volta, di una persona forte, giovane, senza adiposi cardiaca nè arteriosclerosi, sopratutto senza segni di pregresso alcoolismo cronico, senza complicazioni, senza febbre. Qui, accanto alle dosi medicamentose di vino, si potrà dare il cloralio idrato con o senza morfina. Le piccole dosi (cloralio 1-2 gr., morfina 0,01), ma spesso (ogni 3-4 ore) ripetute, hanno, anche dietro mia esperienza, un vantaggio sulle dosi più grandi.

Se il cloralio è appropriato, il suo effetto ipnotico per regola si presenta dopo la seconda o la terza dose. Talvolta manca la sua azione, e si accresce anzi l'agitazione. Allora le dosi anche alte e ripetute non giovano a nulla, quando non sono pericolose.

Un mezzo che di rado non corrisponde, che per la sua azione si accosta al cloralio, senza essere così pronto, ma riesce perciò meno pericoloso, è l'oppio. Noi l'usiamo nella clinica per via sottocutanea (estratto d'oppio acquoso 1, acqua distillata 16, glicerina 4) a preferenza della interna, poichè in tal

modo la dose si può dare esatta e poichè l'assorbimento per lo stomaco è problematico od insufficiente in chi, come l'alcoolista cronico, presenta per lo più un forte catarro di stomaco, come lo comprovano le dosi spesso enormi di oppio, che questi malati prendono e tollerano.

Coll'amministrazione sottocutanea si evita anche l'azione irritante, che è causa di un aumento del catarro di stomaco, prodotta dall'oppio per uso interno, con grande vantaggio per il malato, la cui pronta convalescenza o la persistenza nella recidiva dipendono appunto dalla regolarità nei processi della digestione e dell'assimilazione.

Si inietti 0,03 di estratto d'oppio acquoso come dose iniziale e si ripeta l'iniezione ogni 3-4 ore, finchè subentri il sonno. Se la cura sottocutanea non è possibile, si amministri il rimedio, quando è del pari possibile, in clistere o in suppositorio.

È strettamente necessario poi di non desistere dalla cura dell'oppio, non sì tosto si sono palesati i suoi effetti ipnotici, se non si vuole dalle remissioni passare facilmente alle recidive. Il pericolo di queste scema notevolmente quando la cura dell'oppio si prolunga ancora alcuni giorni dopo il sonno critico, in piccole dosi di 0,01-0,02 specialmente alla sera.

2º Un secondo gruppo è caratterizzato da ciò che si presentano le complicazioni (pneumonite, lesioni gravi), oppure in mancanza di esse esiste la febbre, la quale può essere considerata come un sintoma neurotico e aggrava notevolmente la prognosi, come ha fatto ben rilevare Magnan; oppure si tratta di individui coi fenomeni di un marasmo alcoolico progressivo, con degenerazione grassa degli organi, massime del cuore, e con segni di debolezza cardiaca (toni cardiaci oscuri, cuore stanco, grande frequenza del polso, arterie rigide). Qui il cloralio è specialmente controindicato, come un vero veleno cardiaco, il quale agendo sulla midolla allungata può dar luogo a paralisi cardiaca.

L'uso dell'oppio in questo caso non riesce pericoloso, quando nello stesso tempo si tenga lontano il pericolo dell'insufficienza

cardiaca cogli eccitanti, migliori fra tutti i quali sono il vino o gli spiritosi, non in piccole dosi e, se è necessario, l'etere acetico o il liquore anisato d'ammonio.

La terapia ipnotica può anche essere forzata, qualora il medico sorvegli attentamente l'attività del cuore ed aumenti nello stesso tempo la dose degli eccitanti in relazione con quella dell'oppio.

3° Un terzo gruppo di deliranti è fornito da quei casi, nei quali si devono curare le complicazioni gravi, la febbre elevata, l'alcoolismo radicato, le ripetute recidive del delirio in uno stato pressochè adinamico, con grave disturbo della coscienza, lingua fuliginosa, deliri mussitanti, sussulti tendinei, cuore stanco, debolezza di polso, la cui frequenza può andare oltre le 120 pulsazioni. In simili casi è appena da potersi parlare di narcotici, essendo pericolosa la loro somministrazione. Qui può soltanto essere adottata una cura corroborante, decisamente analettica per salvare la vita dei malati, che è gravemente minacciata. Il miglior ipnotico, il miglior mezzo sedativo in questi casi è il vino alcoolico, in dosi non troppo miti. Se l'azione cardiaca è deficiente, si dia la canfora o il muschio. Se subentra il sopore, sarà un buon rimedio l'immersione fredda entro una tinozza. Se il pericolo per la vita accenna a dileguarsi, allora il trattamento oppiaceo è da porsi in prima linea fra le cautele da aversi coi malati di questo gruppo.

In alcuni casi gravissimi del terzo gruppo, noi abbiamo tentato, dietro l'esempio di Rose, l'oppio metallico di Rademacher, l'acetato di zinco. I tre malati, che appena lasciavano qualche adito alla speranza, guarirono. La dose fu di 4 a 6 gr. di zinco acetico per giorno in un veicolo gommoso molto denso. Non si verificarono fenomeni gastrici ed intestinali, ma al contrario il catarro cronico di stomaco accennò a migliorare.

Oltre allo scopo di restituire il sonno, deve essere cosa capitale il ristabilire la buona nutrizione del malato il meglio che sia possibile. Lo stato dello stomaco rende difficile questo compito.

All'acme della malattia la cura lattea è vantaggiosissima e meglio di ogni altra cosa conviene la panna di latte con acqua so-

dica. Se il malato minaccia di cadere nell'esaurimento, per l'agitazione o la lunga mancanza del letto, non deve ritardarsi a ricorrere al riposo forzato in letto (nei casi più gravi), con una blanda restrizione. Il pericolo dei malati per loro stessi e per chi li contorna, rende necessario l'isolamento in una camera ben riscaldata, e un'accurata sorveglianza. Numerosi casi infausti, fra i quali voglio ricordarne uno che mi accadde di osservare alla Carità di Berlino alcuni anni fa, di un delirante che ruppe la testa ai vicini, rendono indispensabile questa precauzione.

I deliranti non appartengono ai manicomi. Ogni luogo esteso, specialmente nei paesi vinicoli, dovrebbe avere la sua cella per deliranti. Quando viene la convalescenza, il conservare il sonno normale, il ristabilire la buona nutrizione, la cura del catarro gastrico sono il compito più importante. Accanto ai rimedi dietetici si mostrano utili i preparati chinacei e meglio di tutti il decotto di china con acido cloridrico.

Osservazione LXXXVI.

Delirium tremens. — Cura morfio-cloralica.

Schwarz, 32 anni, lavoratore, non disposto, prima sempre sano, da anni bevitore di vino e di birra, il 17, 8, dopo un forte eccesso alcoolico, rimase ottuso, abbattuto, senza appetito, con sonno cattivo, sogni ansiosi, frequenti terrori. Col crescere dell'oppressione precordiale, cominciò a bere per darsi coraggio e il 26, 8 si abbandonò ad una forte libazione di acquavite. Nella notte seguente divenne ancor più ansioso e vide la sua casa in fiamme, le fiamme che avvolgevano il suo letto. Dalla paura rimase come paralizzato. Poi apparvero diavoli e scarafaggi di enorme grandezza che facevano un ballo intorno a lui. Gli pareva anche che lo pungessero e mordessero. La camera si riempì di una legione di ladri, assassini, di uomini di kautschuk. Per l'ansia si ricoverò sotto il letto. Il 27 sentì anche delle voci che lo atterrirono. Errò qua e là ansioso e rimase durevolmente insonne.

All'ammissione, avvenuta il 2, 9, è apirettico, congesto, fortemente ansioso, trema come una foglia, vede sempre fiere e sente voci spaventevoli. È un uomo grande e robusto. All'infuori di un catarro gastrico e

di un ingrandimento del fegato, non esistono disturbi vegetativi di sorta. Polso 70, tardo. Prende 2 gr. di cloralio con 0,01 di morfina.

Dormì la notte del 3 e fu di nuovo libero dalle allucinazioni visive. Ma egli soffre ancora di allucinazioni uditive. Voci conosciute e sconosciute lo oltraggiano, gli dànno del mascalzone, gli dicono che egli non ha pene, non ha camicia. Dietro la cura morfio-cloralica passò delle notti tranquille. Il 6, 9 scomparvero anche le voci, che egli sentiva sempre soltanto prima di addormentarsi. Il malato ora è lucido, ha coscienza della sua malattia; si rielevò, ma si sentì ancora per qualche giorno istupidito, abbattuto e tormentato da rumor d'orecchi (leggero opacamente, rossore, introflessione della membraua del timpano).

Il 16, 9 il malato fu licenziato guarito.

Osservazione LXXXVII.

Delirium tremens con remissioni. — Cura oppiacea.

Vollert, oste, 52 anni, bevitore inveterato, cominciò a soffrire di *delirium tremens* 5 settimane dopo aver superato il tifo. Il 3, 11, il malato entrò profondamente ansioso con ciera sconvolta. Si lamentava perchè certi brutti fantocci lo perseguitavano, lo schernivano, lo tormentavano, gli gettavano acqua adosso. La sua coscienza è notevolmente alterata. Ora si riconosce all'ospedale, ora si crede in casa, vuole andare in cantina a bere birra e vino. Vede sempre dei ratti ed altri animali sul pavimento e sulle pareti, è atterrito.

Tremore universale, catarro gastrico intenso. Non ha febbre, polso 80, tardo, arterie sclerotiche; la nutrizione è assai scaduta.

Il malato prende oppio (estratto acquoso per via ipodermica, 2 volte al giorno 0,03) e vino.

Il 5, alla sera, venne il sonno, dal quale il malato si svegliò libero dall'ansia e dalle allucinazioni e presso a poco in uno stato di lucidità.

Il giorno 8 fu sospeso l'oppio: la notte del 9 la passò insonne. Vide i soliti puppi ed animali, ebbe molta paura e si ristabilì il tremore. Il ritorno alla cura oppiacea ristabilì il sonno allo stadio di prima. Nonostante l'oppio, si mostrarono ancora delle esacerbazioni. Dal 16 in poi non si ripresentarono le allucinazioni, il 23 il paziente acquistò piena coscienza della malattia. Rimase ancora per qualche giorno esaurito di mente e di corpo, dormì molto, presentò ancora tremore della lingua e delle labbra.

Licenziato guarito il 30, 11.

Osservazione LXXXVIII.

Delirium tremens, passato a delirio acuto.

Ehreich, 42 anni, fabbricante di birra, deriva da una madre ubbriacona, è solito consumare da 10-15 litri di birra ogni giorno e presenta già da gran tempo dei fenomeni di alcoolismo cronico. Ai primi di marzo fu ammesso all'ospedale per ipopion e catarro di stomaco. Dalla sua ammissione in poi fu sempre insonne.

Il 23 l'ipopion fu evacuato. Nella notte del 24 il malato fu molto agitato, ansioso, ruppe le fascie di forza, cominciò a vedere dovunque cani, gatti, topi, ratti. Se ne fuggì dall'ospedale in camicia e mutande. Ricondottovi, era molto ansioso, agitato, irrequieto, aveva visioni di animali, tremava per tutto il corpo. Puls. 108, temp. 37,5; prese nel corso della giornata 0,18 di estratto d'oppio per iniezione e dormì interrottamente.

Il 25 di buon'ora ebbe delirio furibondo, con vista di fiamme, profondo disturbo della coscienza. Puls. 130, temp. 38,2. Il malato prese mezzo litro di vino e 0,25 di estratto d'oppio acquoso. Dormì alcune ore, ma del resto fu sempre in preda ad agitazione e ad irrequietudine ansiosa.

26. — La notte fu insonne e tormentata da deliri terrificanti. Si stabilirono dei tremori muscolari, un'esagerata eccitabilità reflessa, una profusa secrezione salivare. La coscienza è profondamente turbata. Le pupille sono mediocremente dilatate, prive di reazione, la lingua è impaniata. Polso a 130, facilmente compressibile, toni cardiaci deboli.

Fu sospeso l'oppio e dato l'acetato di zinco nella proporzione di 9 gr. in 300 d'acqua, 1 cucchiaio ogni 2 ore. Il malato prende grandi dosi di vino.

27. — La notte fu insonne con delirio ed agitazione. Alla mattina cominciò ad aggirarsi intorno al proprio asse col capo sul pavimento, a far musi, a gridare, a far movimenti di ogni sorta con tutte le estremità. Salta qua e là velocissimo, snello come un pesce nell'acqua, caccia la lingua fuori, urla, manda fiamme dagli occhi, arruota i denti spaventevolmente. Ogni tentativo per avvicinarlo e calmarlo provoca od esagera questi movimenti. La coscienza è torpida, il malato è madido di sudore. Polso a 130, temp. 40-41.

L'aspetto già flussionario del viso va facendosi sempre più cianotico. I toni cardiaci divengono deboli, il polso è appena più sensibile (canfora, liquore anisato d'ammonio). La lingua è sporca, la deglutizione riesce quasi impossibile per l'irradiazione dello stimolo. La respirazione diviene

intermittente. Si osservano sempre delle esplosioni motorie furibonde in modo accessuale. Durante le pause esiste sopore con respirazione stertorosa. Nella notte entrò in collasso, il polso non si potè più numerare. Alle 11 1|2 morte.

La sezione diede: cranio spesso, compatto, ricco di sangue. Seno riempito da un coagulo nerastro. Pia adesa fortemente alla convessità, notevolmente opacata alla base, dove in forma di strie biancastre lungo i vasi, dove in forma di piccoli punti e di fiocchi diffusi. Le vene della pia sono dilatate, distese da molto sangue. Cervello ingrandito, ricco di sangue. La sostanza corticale, eccettuati gli strati più esterni, è di un color nerorossastro: i ventricoli sono molto dilatati, pieni di uno siero limpido. L'ependima è ispessito, duro. La midolla allungata è molto rossa. I polmoni sono iperemici alla base, nel resto edematosi. Cuore grasso, friabile. Fegato in preda a stasi venosa. Reni leggermente raggrinzati, granulosi, giallo-grassi nella sostanza corticale. Diagnosi anatomica: *hyperæmia cerebri eximia, hydrocephalus chronicus in potatore.*

2° *Le illusioni dei sensi nei bevitori.*

(Sensuum fallacia ebriosa) (1).

La grande disposizione dei bevitori ai disturbi sensoriali, massime alle allucinazioni visive, è cosa nota. Abitualmente essi si verificano nel quadro morboso come disturbi molto elementari e frammentarii, e soltanto in rari casi di frequente e sotto forma di delirio allucinatorio, il quale ha pure un carattere totalmente transitorio e di rado si prolunga al di là di alcune ore. I ripetuti eccessi alcoolici e le influenze nocive del calore possono provocarlo. Gli elementi del delirio sono le allucinazioni visive ed uditive, il loro contenuto è terrificante. Ad esso si collegano gli acusmi (rumori confusi, strepiti), e l'ansia precordiale. La coscienza è crepuscolare, assopita, non permette la correzione delle allucinazioni, ma non esclude un ricordo sommario intorno alla malattia. Sono possibili gli attentati gravi contro il mondo esterno coinvolto nelle allucinazioni e nelle illusioni.

(1) Cohen v. Baren, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 3; Clarus, Beiträge, 1882, p. 132.

Osservazione LXXXIX.

Disturbo sensoriale da alcool. — Uccisione della moglie.

Samsa, 36 anni, grande bevitore di vino e d'acquavite, come sua moglie, da anni ha un sonno cattivo, peso al capo, tremore, vomiti, cefalea, vertigini alla mattina quando si alza. Egli, che fu sempre brutale, divenne irritabilissimo, spesso maltrattò la moglie, e più volte minacciò di ucciderla.

Dall'1 all'8 dicembre la coppia bevitrice consumò circa 12 misure di acquavite e si trovò quasi sempre in istato di ebbrezza.

Dall'8 al 16 dicembre andò soggetto a *delirium tremens* (ebbe un'ansia violenta, vide processioni di uomini, assassini, santi, angeli, vide Cristo, animali, sentì musiche).

Dal 16 dicembre fino al 4 gennaio fu veramente immune da allucinazioni, ma si sentì debole, convulso, incapace al lavoro, vide nebbia avanti gli occhi, dormì male, fece brutti sogni di assassini che volevano entrare per la finestra, si sentì vertiginoso, stordito al capo, senza appetito, con rumore alle orecchie.

Il 4 gennaio andò a prender suo figlio che era presso un parente; qui bevette circa un litro di vino e lungo la via altri 2-3 quarti di litro. Quando uscì dall'osteria si sentì il capo in fiamme, non sapeva più chi si fosse, si vide circondato da una quantità di cavalli, di buoi, di donzelle, si sentì preso da un'ansia fortissima e tornò a casa esaurito, soltanto dopo parecchie ore. Era alquanto sbalordito, parlò però con sua moglie, bevette altro vino e andò a dormire. Dopo poco tempo, fu svegliato da un rumore lamentevole di voci umane, vide assassini alla finestra, i quali dirigevano verso di lui i loro moschetti, poi si vide una nebbia davanti agli occhi. In preda ad ansia terrifica, calò dal letto, prese un'arma carica più morto che vivo dall'angoscia. La sua coscienza si turbò sempre più; non ricorda che di aver sentito una debole detonazione e di aver visto due angeli rossi e gialli alla finestra; come tornò un po' in sè vide sua moglie immersa nel proprio sangue. Chiamò subito aiuto gridando che sua moglie si era uccisa. Le donne di servizio sentirono una contesa, poi tutto si fece tranquillo; dopo un po' di tempo sentirono tre colpi sordi, poi la voce della moglie, che diceva: « Gesù, o Vittore che fai, sei tu di nuovo impazzito? » Poi si sentì una detonazione, la donna era rimasta colpita al capo e visse soltanto pochi minuti. Il malato credeva che la moglie si fosse uccisa da sè. Gridava, si aggirava qua e là confuso, facendo al vicinato l'impressione di un pazzo. Lo si sorvegliò perchè ten-

tava di darsi la morte. I gendarmi accorsi subito lo trovarono sbalordito, un po' ansioso. Credeva sempre sopratutto che sua moglie si fosse uccisa. Recava sorpresa il suo contegno indifferente.

Ha la pelle pallida, le vene del viso dilatate, gli occhi circondati da un alone, le estremità edematose, lo sguardo smarrito, l'andatura incerta. Mani tremule, sonno agitato, molestato da sogni vivaci. L'esame rilevò un leggero ingrossamento della milza e del fegato con catarro gastrico. Si lamenta di malessere, cefalea, rumori d'orecchi, vertigini. Ha spesso oppressione precordiale, sente di notte il suono di strumenti musicali, parla molto da solo. Di giorno in giorno si fece sempre più di malumore, apatico, senza nessun accenno al pentimento. Si rese palese un indebolimento della memoria e in genere un indebolimento mentale. Egli ha soltanto un ricordo sommario dell'atto funesto che ha commesso e crede per lo più al suicidio della moglie. Alla fine di febbraio migliorò, si ricordò delle sue allucinazioni, cominciò a dubitare del suicidio della moglie e a temere di averla uccisa egli stesso in preda all'ansia e allo smarrimento dei sensi per ubbriachezza. Gradatamente giunse alla completa lucidità della situazione e non mostrò, all'infuori di un leggero decadimento dell'intelligenza, di un polso monocroto tardo, di un leggero tremore delle mani e di un sonno inquieto, alcun che di patologico. I suoi disturbi subbiettivi si limitarono a rumori d'orecchi e ad indebolimento della memoria; non poteva tollerare neppure una piccola quantità di vino.

3° *Psicosi alcooliche* (1).

Non di rado si hanno nei bevitori dei quadri psichici morbosi ben delineati. Così si osservano delle melanconie e delle manie, le quali si differenziano da quelle che hanno altra origine, soltanto perchè hanno un carattere grave, idiopatico. Le melanconie si manifestano per lo più sotto la forma stuporosa, le manie sotto aspetto congestivo grave, con notevole disturbo della coscienza, o col quadro morboso ragionante.

Accanto a queste forme si osservano anche, in base all'alcoolismo cronico, delle psicosi le quali sono così specifiche

(1) Letteratura: Marcel, *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques*, Paris, 1847; Leidesdorf, *Wien. Zeitschr. d. Gesellsch. d. Aerzte*, 1854; Calmeil, *Gaz. des hôp.*, 1856, 76; Haberkorn, *Alkoholmissbrauch und Psychosen*, dissert., 1869: Dagonet, *Traité des mal. ment.*, p. 577.

come il *delirium tremens,* ma non tengono mai dietro ad un accesso alcoolico per quanto grave, si rivelano del tutto indipendenti da quello e si collegano ad un momento accidentale somatico o psichico che finisce per togliere l'equilibrio al cervello invalido del beone per abitudine.

Fra queste psicosi specifiche dobbiamo annoverare;

a) *La melanconia alcoolica* (1).

Questa è caratterizzata da un esordio brusco, acuto, da un decorso che comprende al più soltanto 8-10 giorni e di rado arriva a parecchie settimane, da un disturbo considerevole della coscienza, allucinazioni intense, ansia precordiale violenta fino alla panofobia, *raptus melancholicus* e tentativo di suicidio, scomparsa rapida dei fenomeni con ricordo sommario, nel quale al malato la malattia pregressa fa l'impressione di un cattivo sogno.

Di deliri sistematici, pel grande disturbo della coscienza e pel decorso acuto, può appena esser fatta parola, o al più solo nei casi che si protraggono a lungo. Le allucinazioni, frequenti specialmente negli affetti aspettativi ansiosi, sono quando voci minacciose (assassini, ladri, accuse sessuali, p. es. di avere il mal venereo, minaccia di morte o di carcere), quando visioni (spettri bianchi, diavoli, figuracce, animali, per lo più in gran numero). Queste ultime sono piuttosto episodiche e non vengono elaborate nel senso del delirio.

Somaticamente esistono per lo più dei fenomeni di avvelenamento alcoolico acuto, di alcoolismo cronico, cefalea, flussione forte ed insonnio. Le cause più frequenti sono le emozioni, massime la paura e gli eccessi alcoolici. La prognosi è molto infausta.

In via terapeutica contro l'insonnia e l'ansia, l'oppio giova quasi come nel *delirium tremens.* Per le flussioni si impiegano i bagni ghiacciati, contro l'esagerata azione cardiaca si impiega la digitale.

(1) Cfr. LÜKKEN, *Schmidt's Jahrb.*, 1876, N. 11.

Osservazione XC.

Melanconia alcoolica delirante.

G. 49 anni, coniugato, fornaio, ebbe il padre bevitore ed egli stesso era dedito all'ubbriachezza. Negli ultimi anni era divenuto irritabilissimo, ebbe negli ultimi mesi sonni cattivi e di giorno fu spesso assalito da tremore. In aprile e in maggio ebbe molte occupazioni e brighe per la compra di una casa. Il 7 maggio ebbe un forte spavento per avere visto un camino bruciare. In seguito a ciò divenne insonne, ansioso, errabondo, profondamente depresso; cominciò a dire di essere un gran delinquente, di aver ucciso suo figlio, di avere un cuore di sasso, di non esser degno che sua moglie gli appartenesse, di essere un criminale. Manifesta forte flussione al capo, tremore alle mani; il 9 e 10 maggio vide di tratto in tratto dei grandi sorci, non dormì, fu assai agitato, ansioso, si sentì incolpare di aver fatto il coito con fanciulle, bevuto il sangue di bimbi e dire che quindi era degno di una pena immensa. Per il suo stato ansioso, fu necessario ammetterlo alla clinica il 16, 5, 80.

Il malato ha la coscienza notevolmente turbata, è ansioso, delirante, ha regolarmente allucinazioni di vista e d'udito, vede assassini, diavoli, sente voci che lo ingiuriano di essere un tristo soggetto, un cane, di essersi masturbato, di aver stuprato giovinette, avuto commercio con animali, meritare quindi di essere abbrucciato. Il malato si dichiara peccatore, poichè ha vissuto una vita immorale ed aspetta quindi una morte terribile.

È di media statura, molto grasso, polso piccolo (120), temperatura 37,0, toni cardiaci oscuri, mani e lingua tremule, testa flussionata. È agitato, molestato da sogni spaventevoli. In via transitoria soffre di panofobia e di affetti disperanti. Il sonno venne coll'oppio e col vino. Il 18 si ebbe ancora un'esacerbazione con ansia e congestione. Si vede circondato da fiamme e da animali, dice di essere stato in cielo, ma di là respinto come uccello rapace e rimasto a penzolare sulla punta di una torre; da questa discese per dar luogo a grandi sventure. Egli ha incendiato la città, resa infelice una quantità di uomini, sacrificato fanciulli, guastato ferrovie. Egli sente sempre delle voci che gli dicono di implorare perdono da Dio, ma egli non può pregare essendovi uno spirito maligno nel suo capo. Si sente sdoppiato in due personalità; sente sempre in sè stesso la propria voce e quella di un altro. La fantasia è molto esaltata. Sotto la cura dell'oppio (fino a 2 volte al giorno 0,15 per via ipodermica) il malato si fece più calmo, trovò sonno, migliorò anche nella nutrizione.

Fino agli ultimi di maggio rimase tuttavia ansioso, oppresso, allucinato. La gente lo ingiuriava sempre. Provava la sensazione come di aver tagliati mani e piedi. La sua doppia natura era nota a imperatori e re e tutti gli attribuivano colpe sopra colpe. Riconosce talvolta in un suo compagno il Dio degli eserciti. Un altro malato gli si impone come czar delle Russie ed egli teme di esser preso per un nichilista e di esser punito. Si lagna di aver per capo tanti pensieri dolorosi che non gli lasciano mai tregua. Spesso gli viene in mente che tutto sia un'illusione, una malattia, ma egli non può trovarvi riparo.

Il 2 giugno, dopo alcune notti passate bene, scomparvero i disturbi dei sensi. Il malato cominciò ad aver piena coscienza della sua malattia. Da quando a quando è perseguitato ancora da illusioni spaventevoli. Rimase ancora per qualche tempo esaurito, dormì molto, migliorò presto coi tonici e cogli eccitanti. Richiamando lo stato trascorso di malattia, dice che questa gli sopravvenne improvvisamente il 9, 5, con ansia violenta e grande disordine. Gli pareva che Dio in persona lo stesse giudicando nel giudizio universale. Da quest'epoca furono pochi i momenti lucidi; i vicini ora riconosce spaventevolmente, ora scambia con Dio, crede di aver ucciso moglie e figli. Gli si tolse il velo davanti agli occhi quando, in occasione di una loro visita il 4, 6, li vide entrambi viventi. Di ogni altro avvenimento della malattia, ha soltanto un ricordo del tutto vago. Il 30 fu licenziato guarito.

b) *Mania gravis potatorum* (1).

Il quadro morboso maniaco specifico che si sviluppa sul fondo dell'alcoolismo cronico, ricorda moltissimo quella forma descritta da altri autori come mania ambiziosa, congestiva, grave (Schüle). Io l'ho vista verificarsi soltanto in base all'alcoolismo cronico e trovai nel gruppo sintomatico, nel dettaglio e nel decorso, tali particolarità che mi fanno opinare per la specificità di questa forma. Giammai essa è preceduta da uno stadio prodromico melanconico. Lo scoppio è improvviso, sotto fenomeni congestivi considerevoli, o con un eccitamento analogo a quello iniziale della demenza paralitica; se ne distingue sol-

(1) Cfr. Marcé, *Traité des mal. ment.*, p. 477; Dagonet, *Trait* , p. 580; Foville, *La folie des grandeurs*, Paris, 1871; Schüle, *Handb.*, p. 497; Löwenhardt, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 25; Zenker, *id.*, 33; Stölzner, *Irrenfreund*, 1877, 8.

tanto perchè l'indebolimento psichico nella mania *gravis* non sopravviene in modo così notevole.

I fenomeni iniziali sono irritabilità sempre crescente del carattere, flussione, sonno turbato, talvolta assolutamente mancante, instabilità, tendenza al vagabondaggio ed ai ripetuti eccessi alcoolici. Ben presto si rivela un elevamento considerevole nel sentimento di sè stesso. La malattia raggiunge presto l'acme della mania o uno stadio di eccitamento maniaco. Questo si distingue da un esaltamento maniaco di buona natura pel grande elevamento della personalità, per la grande irritabilità, che giunge fino alle più grandi brutalità contro i vicini, per la smania delle compre e delle vendite, pel vagabondaggio, la mancanza brutale di ogni riguardo e spesso anche l'erotismo, il quale anzi si sfoga talvolta sulle proprie figlie e nella pubblica via; nè tarda qui a comparire il delirio di grandezza.

All'acme del furore si osserva grande disordine, disturbo della coscienza, grande sentire di sè e quasi esclusivamente dei movimenti istintivi, poi salivazione frequente, tremore alle labbra e alla lingua, paralisi facciale, miosi o disuguaglianza delle pupille, disturbo del linguaggio per atassia labiale che parlano per la natura idiopatica e grave del processo.

Inoltre in tutti i casi si hanno deliri di grandezza che ricordano la mostruosità di quelli dei paralitici, ma non sono tuttavia nè così molteplici, nè così assurdi. Essi hanno un contenuto prevalentemente religioso. I malati si dichiarano Dio, Cristo, altre volte sono imperatori, straordinariamente ricchi e via dicendo.

Alle volte si osserva anche un delirio illusorio di persecuzione, massime per avvelenamento, oppure si manifesta il delirio d'infedeltà coniugale. All'acme della malattia si osservano costantemente delle allucinazioni, anzi tutto quasi esclusivamente visive (diavoli, angeli, persone divine, paradiso), poi acustiche, con contenuto corrispondente. Gli atti maniaci sono caratterizzati da una enorme brutalità e da tendenza a distruggere, da

urli, grida, furori, sudicerie, guasti. In via transitoria ed episodica si osservano degli accessi di violentissimo furore.

Nel campo somatico esiste per lo più una flussione assai pronunziata con insonnia. Allo stadio dell'acme l'andamento della malattia oscilla fra le remissioni e le esacerbazioni. Nelle remissioni esiste il quadro dell'esaltamento maniaco, con persistenza dei deliri grandiosi, con tendenza ad accumulare, ad occuparsi, a riparare ai guasti fatti nel vestito e nel letto, ma per lo più si ha l'esaurimento psichico.

La malattia rimane nell'acme circa alcune settimane. Nei casi più favorevoli si stabilisce il sonno e l'agitazione si calma. Le remissioni divengono sempre più profonde; il furore passa, attraversando uno stadio di forte esaltamento, ad uno stato di indebolimento psichico coi fenomeni di un eccitamento decrescente a colorito maniaco e ragionante, oppure si manifesta uno stato di esaurimento psichico con brutalità demente ed irritabilità, il quale passa a guarigione.

Può anche darsi che all'acme della malattia, lo stato morboso si esageri fino a divenire delirio acuto, con rapido esito letale.

Altre volte la malattia si fa cronica; l'eccitamento passa in un indebolimento psichico sempre crescente; gli affetti assumono un colorito infantile e demente, passando dall'acme del delirio di grandezza ai pianti infantili. A periodi si manifestano anche degli accessi di agitazione con collere violente o altri semplicemente congestivi. Si rende sempre più notevole il disturbo profondo dei centri psichici e motori, che si rivela con movimenti istintivi e privi di scopo, atti distruttivi, manipolazioni delle feci, ecc. Il delirio di grandezza si fa sempre più incoerente e frammentato, gli affetti si perdono o si esternano in maniera futile. Anche da questo stadio è possibile un risorgimento, ma l'organo psichico gravemente intaccato, non ne sorte totalmente integro, ma difettoso, psichicamente indebolito e assai facilmente eccitabile sotto l'azione dell'alcool e degli stimoli emozionali. Per lo più si tratta di un processo degenerativo grave nel cervello, di una demenza progressiva con im-

pulsi totalmente istintivi e con tendenza alla distruzione. A tutto ciò si unisce un rapido decadimento nella nutrizione, con polso tardo monocroto, toni cardiaci oscuri, temperatura subnormale, foruncoli, flemmoni, alla cura dei quali il malato non si presta perchè s'insudicia e si sdraia dovunque. Si osserva paralisi facciale, disuguaglianza delle pupille, sudore unilaterale, tardanza ed incertezza nei movimenti delle estremità.

La morte si verifica dopo dei mesi od anche dopo un anno per decubito, diarrea colliquativa, pneumonite ipostatica, con marasmo psichico e corporeo.

La prognosi è dubbia. Tuttavia nella metà dei casi, soltanto però nel primo stadio, avviene la guarigione, ma spesso con difetto psichico.

La sezione nei casi cronici lascia osservare iperostosi del cranio con scomparsa della diploe, anemia della pia, opacata in seguito alla stasi linfatica, ed edema del cervello; si osserva inoltre incipiente atrofia (assottigliamento delle circonvoluzioni), il lume dei vasi beante, molto dilatato, ventricoli ingranditi con ependima talvolta granuloso.

Il quadro morboso parla, in principio e all'acme della mania, per un'iperemia vasoparetica e in questo stadio è sempre ad ogni modo possibile la guarigione. Progredendo la malattia, si verifica la trasudazione degli elementi del sangue negli spazi perivascolari, la stasi linfatica e la metamorfosi regressiva del cervello.

Nello stadio iniziale sono da mettersi in opera i bagni prolungati con aspersioni fredde al capo, le iniezioni di oppio e di ergotina e la digitale per moderare l'azione cardiaca. Quando si è giunti agli stadi secondari, convengono il trattamento corroborante, l'oppio e la chinina.

Negli stadi terminali è necessario il riposo in letto, il calore, l'eccitamento della circolazione, il buon nutrimento, la cura del decubito.

Osservazione XCI.

Mania gravis potatorum. — Decorso protratto. — Guarigione.

Hermann, 55 anni, derivato da padre ubbriacone. Un fratello soffrì di melanconia alcoolica. Fu dedito fin dalla gioventù all'abuso degli spiritosi, specialmente vino e rhum, ed ebbe, 30, 25 e 12 anni addietro degli accessi di mania furiosa. Negli ultimi anni bevve molto e presentò dei fenomeni considerevoli di alcoolismo cronico.

Fin dall'autunno 1873 si fece sempre più irritabile, irrequieto, con sonni molesti. Dopo ripetuti eccessi alcoolici scoppiò rapidamente negli ultimi di settembre la mania, la quale lo condusse al manicomio il 7, 10, 73.

Ebbe una remissione momentanea, entrò come un trionfatore in una lettiga, con un servo che doveva far rispettare i suoi diritti.

Si dichiara imperatore e papa, parla di visioni di Dio e di Cristo che egli ha visto nelle nuvole, di musiche straordinariamente belle che egli ha sentito. Presenta un grande acceleramento nel corso delle idee, un elevato sentimento di sè stesso. Polso frequente, tardo, capo congestionato. Enfisema polmonare.

Il giorno 9 il quadro morboso si elevò nuovamente all'acme della mania. È insonne, molto disordinato, ha un disturbo considerevole della coscienza, vede la sua giovane moglie Maria, sente le voci dei parenti. S'infuria, rompe, grida, non vuol indossar vestiti di sorta.

I bagni colla doccia frontale, l'oppio fino a due volte al giorno, 0,15, non ebbero alcun successo. Alla metà d'ottobre il furore maniaco fece nuovamente luogo all'esaltamento maniaco. La coscienza si schiarì, le idee deliranti e le allucinazioni scomparvero.

Grande irritabilità, instabilità, loquacità, grande prolissità nelle lodi e nei biasimi, variabilità dell'umore, debolezza emotiva, talchè il malato dopo una lettura può giungere fino alle lacrime ed altre volte cadere in esplosioni affettive violente di durata ed intensità considerevoli, durante le quali vuol uccidersi, uccidere il medico e si rendono palesi, accanto al cattivo sonno e ai fenomeni congestivi, i fenomeni più gravi del quadro morboso. Colle iniezioni sottocutanee di morfina gli affetti violenti cessarono. Il malato si fece calmo, ma conservando sempre un notevole difetto etico ed intellettuale.

È scomposto, importuno, futile, infantile, celiatore, sconcio, e se lo si lasciasse per un po' libero, si abbandonerebbe all'alcool e ad ogni sorta di eccessi. Non manca un certo colorito di pazzia ragionante, in quanto

che il malato cerca di scagionare il suo modo di contenersi con ogni sorta di ragionamenti e di sofismi.

Lentamente, nell'estate 1874 si dileguarono i fenomeni d'indebolimento psichico, rimanendo appena un leggero difetto etico ed intellettuale con irritabilità; talchè il malato lasciò l'istituto il 15 settembre, completamente ordinato e cosciente della sua malattia.

Osservazione XCII.

Mania gravis potatorum. — Morte.

Stick, 36 anni, giornaliero, ha una sorella imbecille. Era fin dalla gioventù dedito all'ubbriachezza, molto libidinoso, un cattivo soggetto, che avrebbe fatto qualunque cosa per aver denaro da bere. Per un furto commesso 15 anni fa fu preso, bastonato e riportò una ferita al capo. Da quest'epoca in poi fu sempre irascibile e violento; si ammogliò 9 anni addietro e generò 5 figli, 4 dei quali morirono subito dopo la nascita. Da molti anni, oltre ad altri segni di alcoolismo cronico, si sviluppò una grande irritabilità e brutalità.

Alla metà d'agosto 1878 cominciò a farsi insonne, irrequieto, a non lavorar più, a batter la moglie, a minacciare chiunque facesse qualche opposizione alle sue idee, a parlar incoerentemente e a lungo della sua forza, delle sue ricchezze; voleva con un ricco matrimonio ingrossare i suoi capitali e a questo fine si mise a perseguitare la moglie battendola persino sulla pubblica via.

All'ammissione presentò un grande disturbo della coscienza, un'agitazione istintiva, agì istintivamente rompendo e battendo per la menoma cosa. Vantava la sua potenza sessuale, credeva di essere enormemente ricco, diceva di avere molti bei matrimoni fra mano. Grande indebolimento mentale. Le idee si succedono senza giusto motivo e senza associazione logica. Presenta abito di bevitore, viso acceso con vasi dilatati, occhi circondati da un alone; ciera confusa, disuguale innervazione del facciale, tremore alle labbra e alle mani. Arterie rigide, polso pieno, teso, pulsazioni 96, che sotto l'agitazione aumentano fino a 130. Il cuore batte all'esterno della linea mammillare. Il ventricolo sinistro è ingrandito; invece del secondo tono al ventricolo sinistro ed all'aorta, si avverte un rumore soffiante.

Il malato è insonne, canta, fischia, rompe istintivamente tutto quanto gli capita fra mano, si rivolta nella paglia, vanta la sua grande forza, dice che potrebbe spingere 30 vetture ferroviarie colle mani. Questa

enorme forza gli viene da Dio. Grande variabilità nell'umore, che è prevalentemente gaio ed episodicamente irascibile; dall'acme di un affetto gaio con canto del *Tedeum*, passa rapidamente a piagnistei infantili e parla di appiccarsi. Tutto quanto il quadro della mania tradisce l'impronta dell'indebolimento, dello sfasciamento psichico, nel quale rientrano anche gli affetti infantili.

È durevolmente insonne; nè la digitale, nè l'oppio, la morfina, il cloralio, la birra, l'acquavite lasciano osservare un qualche successo.

Il malato si aggira confuso qua e là, si nasconde dietro le porte, grida e rompe in modo impulsivo. Il suo delirio di grandezza (è venuto da Dio, non sa come, è Dio in persona, prefetto, presidente, il primo del mondo) si fa sempre più assurdo, assumendo sempre più le tracce della demenza. In dicembre cominciò ad osservarsi anche un decadimento corporeo. Si osservano temperature subnormali (36), il polso diviene piccolo, 60 pulsazioni, debole, si notano accessi di iperidrosi unilaterale nel campo del simpatico cervicale di sinistra, con dilatazione dei vasi ed elevamento della temperatura nella stessa metà del corpo.

La pupilla sinistra è più dilatata della destra, il facciale sinistro è meno innervato, si hanno diarree e fenomeni di collasso, decadimento considerevole della nutrizione e anemia progressiva. (Riposo in letto, vino, acquavite). Il malato diviene sempre più demente, la demenza presenta sempre un colorito gaio; si crede in cielo, egli è così sano come gli angeli in cielo. All'infuori di quando è in letto, gironza dovunque, grida, rompe quanto gli capita fra mano, raccoglie le immondizie. Decadimento progressivo, decubito. Morte il 4, 7, 79.

Sezione. — Cranio iperostasico, suture saldate. Idrocefalo esterno. Intorbidamento lattescente diffuso ed ispessimento della pia ai lobi frontali e parietali. Pia edematosa, anemica. I vasi della base sono duri, ateromatosi, le circonvoluzioni sono assottigliate. La superficie cerebrale è rammollita, le circonvoluzioni sono appiattite, la corteccia presenta un colorito verde oliva. Cervello anemico, edematoso, i lumi dei vasi sono fortemente dilatati. I ventricoli sono molto dilatati e ripieni di uno siero limpido. L'ependima è duro, ispessito, però non granuloso.

Polmoni edematosi; nel lobo superiore del polmone destro si osserva epatizzazione. Il ventricolo sinistro è fortemente ipertrofico (spesso 3 centim.), la carne cardiaca è pallida, lievemente grassa. Valvule aortiche ratratte, ispessite. Aorta dilatata, le sue pareti sono rigide per ateromasia. Milza, reni, fegato iperemici.

c) *Delirio sensoriale di persecuzione* (1).

Un disturbo piuttosto frequente e riconoscibile da certi caratteri specifici è quello scoperto da Marcel e che Nasse ha così ben illustrato sotto il nome di delirio sensoriale di persecuzione *(Verfolgungswahnsinn)* dei bevitori alterati di mente.

Degna di nota anzitutto è la brevità dello stadio d' incubazione fatta rilevare da Nasse, che si limita a cefalea, vertigini, sonno turbato, fenomeni flussionarii, come pure l'esordio per lo più brusco della psicosi con allucinazioni terrificanti, massime dell'udito. Nell'ulteriore quadro morboso sono da porsi in prima linea le allucinazioni visive, le quali non mancano quasi mai. Esse vengono apprezzate nel senso del delirio e conservano una certa persistenza. Esse hanno un contenuto prevalentemente terrifico e conducono ad un'ansia reattiva violenta. Oltre a ciò si possono anche avere visioni di spettri fantastici e di animali con contenuto indifferente. Sono rare le allucinazioni olfattive e le gustative: hanno però sempre un contenuto sgradevole e conducono poi ai deliri di avvelenamento. Più importanti sono le allucinazioni acustiche. Molto spesso queste hanno un contenuto osceno; i malati ascoltano osservazioni di commiserazione sui loro genitali (senza pene, pene piccolo, impotenza), oppure si sentono incolpati di cose scandalose e minacciati (di esser pederasti, dediti alla bestialità, stupratori di fanciulli, rumatori, venerei, degni di castrazione, ecc.).

I deliri sono di persecuzione e di grandezza. Quelli sono i più importanti e di natura primaria. Anche essi hanno un contenuto molteplicemente sessuale, si aggirano sull'infedeltà coniugale o sul contegno indecente dei vicini, e vi si possono aggiungere anche altri deliri di persecuzione (minaccia della vita od altro), con allucinazioni corrispondenti (assassinio, esecuzione imminente). Sono segnatamente gli stati paralgici

(1) Marcel, op. cit.; Legrand du Saulle, *Le délire des persécutions*, Paris, 1871 Nasse, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34, H. 3.

ed iperestesici, così frequenti anche nell'alcoolismo cronico, che possono condurre al delirio di persecuzione fisica (elettricità od altro).

In seguito ai deliri di persecuzione e alle allucinazioni si hanno spesso degli accessi di ansia reattiva violenta. Del resto questi malati, come giustamente fa osservare Nasse, sono privi d'affetto in modo eccezionale.

I deliri di grandezza possono manifestarsi episodicamente anche da principio, ma decorrono per lo più soltanto con allucinazioni corrispondenti. Essi alludono a grandi ricchezze, cariche sovrane, ecc. (Così uno dei miei malati ebbe da Dio la partecipazione che sarebbe nominato borgomastro).

Più di rado di quanto trovò Nasse, io osservai il contenuto religioso (delirio di esser Cristo). I disturbi somatici concomitanti appartengono all'alcoolismo cronico. Il decorso è breve, con rapido avviamento alla guarigione o agli stati terminali di indebolimento psichico. La prognosi è benigna per i casi che decorrono in modo acuto, dubbia invece per quelli che si rivelano come cronici. Per lo più si ha qui soltanto una guarigione con difetto (debolezza psichica residuale, con coscienza soltanto imperfetta della malattia e comparsa di quando a quando delle idee deliranti e delle allucinazioni), ma però non sono neppure escluse le guarigioni.

Osservazione XCIII.

Delirio sensoriale alcoolico acuto di persecuzione.

Döller, 32 anni, celibe, fornaio, fu ammesso alla clinica il 12, 1, 80. Deriva da un padre ubbriacone ed egli pure fin dalla gioventù fu dedito all'ubbriachezza. Nel 1879, in estate, dopo aver abusato d'acquavite, sembra abbia presentato uno stato analogo a quello attuale Andò errando circa 10 giorni qua e là con grande ansia, si sentì dire che si masturbava, che una giovinetta aveva sporto contro di lui un reclamo, che lo si doveva impiccare o annegare. Una volta vide in cielo, mentre era in preda a questo delirio ansioso, il quadro di una madonna. In seguito fu sano, ma cominciò l'1, 1, 80 ad abbandonarsi a grandi eccessi d'acquavite.

Nella notte del 6 divenne ansioso, insonne, errabondo; il giorno dopo andò in chiesa per pregare e vide S. Martino che gli sporgeva il suo mantello. Per ciò volle spogliarsi dei suoi abiti e venne espulso dalla chiesa. Vagò all'intorno e la sera del 7, dopo ripetuti eccessi alcoolici, divenne ancora ansioso, vide diavoli, sentì minaccie di essere appiccato, annegato, sentì incolparsi di aver commesso adulteri, di aver avuto commercio con una scrofa. La sua coscienza si turbò; tutti quelli che passavano guardavano altrove, tutti lo miravano stupiti, si diceva: « viene il lepre, egli è un capriuolo, una scrofa, deve essere annegato ». Egli notò che ad ogni momento cambiava testa; ora l'aveva di lepre, ora di capriuolo, ora di porco. Gli scolaretti lo deridevano, i contadini lo chiamavano porco. Essendo andato in chiesa per dar pace all'ansia, sentì una voce che diceva « il porco è andato a confessarsi perchè voleva deturpare una giovinetta ».

Il 10, di sera, dopo aver sentito una voce che egli doveva andare al patibolo, si presentò al borgomastro dicendo che gli si voleva togliere la vita. Questi riconobbe che egli era un pazzo e lo trattenne in arresto. Qui cominciò a veder tutto spaventevole, vide tutti gli spettri possibili; venne un diavolo e lo costrinse a strofinare col piede sinistro il polpaccio destro fino ad averne scorticata la pelle. Da ogni lato si gridava contro di lui, gli si dicevano oscenità e si cercava la sua morte.

All'ammissione è confuso, ansioso, turbato, totalmente in preda all'impressione dei suoi disturbi sensoriali, congesto, colle mani, la lingua e le labbra tremanti. Egli è insonne, in preda ad affetti aspettativi ansiosi, sempre circondato dovunque.

Il 14 fu intrapresa la cura coll'oppio (per via ipodermica fino a 2 volte al giorno, 0,05). Il liquido per l'iniezione, egli ritiene sia il sangue col quale verrà steso il patto scritto col demonio.

Sotto la cura oppiacea, il sonno divenne migliore, il tremore, l'ansia, le allucinazioni e il delirio si dileguarono. Il malato ebbe solo di quando in quando delle allucinazioni uditive terrificanti, dei sogni cattivi. Ma anche ciò scomparve dal 20, 1 in poi. Le reminiscenze dell'intero accesso sono molto oscure. Il 3, 2, 80, fu licenziato guarito.

Osservazione XCIV.

Delirio sensoriale alcoolico subacuto di persecuzione.

Wittmer, 33 anni, coniugato, impiegato, deriva da genitori sani; si sviluppò bene e fu sempre esente da malattie. Fin da 10 anni abusò di alcoolici (vino, birra) e fu grande mangiatore. Da alcuni anni divenne

intollerante all'alcool e all'azione del sole; fin dal principio del 1881 soffrì disturbi di stomaco, vomito mattutino, tremore al mattino prima di svegliarsi. Nell'estate 1881 cadde da un albero e ne rimase fortemente stordito. Un'ora dopo cadde a terra privo di coscienza e fu per tre giorni furioso; conservò amnesia per questo periodo di tempo, quando tornò in sè e si rimise completamente.

Fin dalla primavera del 1882 ebbe molti dispiaceri e contrarietà nella sua professione e quindi seguitò a bere più di prima. In questi ultimi tempi si accrebbero notevolmente i disturbi di stomaco e il tremore. In luglio fu agitato, talvolta oppresso, soffrì di scotomi. Fin dai primi di agosto dormì un sonno cattivo, si lagnò di rumor d'orecchi, sussulti notturni, latrati di cani, oppressione al petto, congestioni al capo, pigrizia davanti al lavoro. Il vicinato trovò che era di molto cambiato, divenuto diffidente, straordinariamente irritabile.

Il 3, 9, si mise in viaggio verso Pest per sbrigare un affare. A quelli che viaggiavano con lui sembrò strano, irritato, suscettibilissimo. Come egli riferì dopo guarito, in certi discorsi innocenti credè di sentire che lo si accusava come disertore (non aveva soddisfatto all'obbligo di leva, perchè si era allontanato dalla sua patria) e come onanista. Arrivato a Pest, si sentì altamente indisposto, confuso, oppresso. Mentre mangiava di sera nel giardino dell'albergo, sentì che era stato emesso mandato di cattura contro di lui e che lo si cercava. Egli veniva inseguito come disertore. Si riparò nella sua camera per dormire, ma non potè trovar sonno. Da tutti i lati egli sentiva parlare come per telefono dei suoi delitti e della sua persona; sentì anche che gli si dava l'appellativo di cane nero.

Il giorno 4 si sentì il capo molto oppresso, era assai confuso, si trascinava appena sulla strada ed attendeva d'ora in ora di essere imprigionato, poichè aveva udito che il mandato di cattura era anche sui giornali.

Nella notte gli si offrì uno spettacolo spaventevole: vide degli spettri minacciosi, delle ombre nere girare per la camera, sentì delle voci le quali criticavano il suo operato e gli dicevano ingiurie: « porco, straccione, onanista, ecc. ». Era molto agitato, impressionato per questi continui rimproveri. Come comparve sulla strada, il giorno 5, sentì che egli era l'oggetto dell'attenzione generale. Da tutte le parti si sentiva chiamare: porco, cattivo soggetto, cane nero. Andò alla ferrovia per tornarsene a Graz. Appena fu in vettura, sentì i gendarmi interpellare il conduttore per sapere dove fosse il cane nero. In tutte le stazioni vi era una gran quantità di gente che volevano vedere il cane nero. Non osava affacciarsi al finestrino per timore di qualche colpo di pietra. Giunto a Graz cadde sott'occhio alla pulizia, la quale lo condusse alla clinica.

Il malato è ansioso e turbato. È apirettico, presenta dei fenomeni di catarro di stomaco, itterizia leggera, ingrandimento del fegato, tremore della lingua e delle mani, sensibilità depressa ai piedi, fino ai malleoli. Le notti sono insonni, le allucinazioni e i deliri persistono. Sente rumori e voci che gli sembrano venire da una popolazione intera; le voci sono quelle stesse che lo perseguitavano a Pest. Il malato protesta a voce e per scritto contro certe infami accuse, è ansioso, agitato, prega a non farlo scortare dai gendarmi. Di notte vi è chi si occupa sempre di lui (voci dei persecutori, gendarmi); si lamenta continuamente, accusa ansia precordiale.

Dal 10, 9, fu intrapresa la cura dell'oppio, le notti si fecero sempre più calme; le voci scomparvero. Fin dal 19, 9 cominciò a correggere il suo delirio. È ancora esaurito, alquanto neurastenico; si rimise completamente alla fine di settembre sotto la cura tonica e il sonno ricomparve coll'oppio.

Lo stato retrospettivo rivelò quei dettagli che già eran noti dall'anamnesi; rivelò l'esistenza di voci persecutrici a colorito sessuale e la mancanza dal quadro morboso delle allucinazioni visive. Non si notarono lacune nella facoltà mnemonica.

d) *Paralisi alcoolica* (1).

Talvolta l'alcoolismo cronico ha per esito la demenza paralitica. Per differenziare la forma in esame dai casi comuni di demenza paralitica (i quali etiologicamente non hanno nulla a che fare cogli eccessi alcoolici, oppure questi vi figurano soltanto come una concausa), dobbiamo, d'accordo in parte collo Schüle far rilevare i seguenti punti diagnostici: il decorso acuto, che abbraccia al più soltanto dei mesi, il grande tremore, per lo più universale, dei malati, la frequenza degli accessi apoplettici ed epilettiformi, la frequente anestesia od anche l'iperestesia, limitate specialmente alle estremità inferiori, la cefalea intensa nel principio e nel corso della malattia, la relativa rarità del delirio di grandezza, i ruderi dell'antico delirio di infedeltà coniugale, le frequenti allucinazioni visive, a colorito evidentemente alcoolico, il disturbo leggero nel lin-

(1) Falret, *De la folie paralytique*, p. 106 e Osserv. 9 e 10; Schüle, *Handb.*, p. 319.

guaggio, che si manifesta per lo più come atassia labiale e di rado come balbettamento. Da ciò si rivela un decorso meno grave, in quanto che queste paralisi alcooliche (pseudoparalisi?) possono guarire del tutto, o anche con difetto (1).

Osservazione XCV.

Paralisi alcoolica. — Guarigione.

Schrottner, 31 anni, mugnaio, fu ammesso il 18, 1, 76. Il padre era bevitore, la madre fu convulsionaria. Di sana costituzione; superò il vaiuolo da bambino, si diede presto al vino, fin da anni era divenuto molto irritabile e soffriva spesso di cefalea, vertigini, insonnio.

Da alcuni mesi era preoccupato, trascurato nei suoi doveri e da alcuni giorni si fece agitato, insonne, andò errando qua e là, esternò delirio di grandezza. All'ammissione grande disturbo della coscienza, con incapacità di orientarsi sul tempo e sul luogo; si crede nel suo mulino, è molto confuso, si dice proprietario del mulino, vuol sposare la vedova del mugnaio, ha un capitale di 100 mila fiorini, costruirà nel mulino cose meravigliose.

Al cranio si osservano alcune cicatrici cutanee superficiali, ma nessuna traccia di lue; la metà destra della faccia è meno innervata della sinistra; si osservano contratture fibrillari dei muscoli del viso, tremore alle labbra e alla lingua, parola disturbata da una considerevole atassia labiale, ma però non balbettante, deambulazione mal sicura, facilmente oscillante.

Polso molto tardo, 68, pupilla sinistra più tarda a reagire della destra. Organi vegetativi senza reperto. Sensibilità senza anomalie. Il malato va errando qua e là, rumina dei grandiosi ed insensati progetti; vuol comprare l'ospedale, fabbricare; aspetta la sua mulinara, la quale è invaghita di lui, poichè egli è un così bello e bravo uomo. È assai propenso ai divertimenti. I disturbi motori si fanno sempre più seri. Il 24 e il 28 gennaio ebbe un accesso epilettiforme (convulsioni generali con abolizione della coscienza), la demenza si accrebbe presentando gli stati intercorrenti di agitazione. Il sonno si ristabilì coi bagni e col cloralio. Contro gli stati di agitazione giovarono le iniezioni di morfina.

Il 20, 4, nuovo accesso epilettiforme. Nel corso del mese di maggio si schiarì la coscienza, i disturbi motori scomparvero, tranne la dilatazione

(1) Nasse, *Irrenfreund*, 1870, 7; Brosius, *id.*, 1868, 1; Hofmann, *Aerzt. Bericht über Siegburg*, 1864, p. 4.

della pupilla sinistra e il tremore della musculatura della metà sinistra della faccia sotto gli impulsi mimici ed articolatorii. Guadagnò coscienza della sua malattia, e giunse persino ad attribuirla all'abuso degli alcoolici. Scomparve anche l'indebolimento mentale, il malato ridivenne completamente capace di occuparsi e poichè fino al 13, 1, 77, non presentò più alcun disturbo, fu licenziato. La guarigione si è conservata.

Osservazione XCVI.

Paralisi alcoolica. — Morte.

Psenicnigg, muratore, 44 anni, coniugato da 9 anni; deriva da genitori i quali erano entrambi dediti all'ubbriachezza. Da alcuni anni era altresì divenuto bevitore.

Quattro mesi prima dell'ammissione, il malato divenne molto irritabile, insopportabile, brutale contro la moglie, che egli rimproverava di infedeltà coniugale. Divenne trascurato, aborrente il lavoro e si dedicò più che mai agli eccessi alcoolici.

Sei settimane addietro divenue agitato, insonne, ansioso; si credeva perseguitato; vide di notte i suoi persecutori alla finestra, cani e gatti che lo minacciavano; sentì urli e grida e fu in preda ad un'ansia fortissima. Ebbe frequenti terrori, si lagnò di cefalea, vertigine e credette negli ultimi tempi che lo si volesse avvelenare.

All'ammissione, 20, 2, 76, il malato è molto disturbato nella coscienza, si crede di star fabbricando, si aggira qua e là senza scopo. Si lamenta dell'infedeltà di sua moglie: 3-4 uomini la aspettavano sempre davanti alla porta, essa vestiva meglio che per l'addietro. Di notte lo si perseguitava sempre, lo si cacciava di casa sua, nella sua camera lo tormentavano cani, gatti, cavalli bianchi e bestie bovine, talchè non poteva dormire. Si ricorda soltanto in modo confuso le cose della gioventù, il corso dei pensieri è incoerente, la ciera confusa. Espressione del viso vuota e stupida, tinta giallastra, pupilla sinistra più dilatata della destra e più tarda a reagire, forte tremore alla lingua, alle labbra, alle mani, catarro cronico di stomaco, vomito mattutino, polso tardo, debole, toni cardiaci oscuri. Iperestesia cutanea delle estremità inferiori e eccitabilità reflessa esagerata; deambulazione a larga base, mal sicura; parola lenta, turbata da atassia labiale, ma pur tuttavia ben articolata.

Il malato divenne calmo, dormì coll'aiuto degli oppiati, vide ancora di quando in quando degli animali, dei persecutori. Dalla fine di marzo in poi ebbe frequenti accessi epilettiformi, dopo i quali la parola e la deglu-

tizione rimasero alquanto disturbate. La deambulazione è tendente verso sinistra, lo scritto è altamente turbato come nella paralisi, sopraggiunge un forte tremore dei muscoli della faccia, la parola diventa sommessa, nasale (paresi del velopendolo), tremula. Ai primi di novembre cominciò ad aggravarsi, insorse il decubito, subentrò la diarrea colliquativa, che lo condusse a morte il 14, 11.

Sezione. — Cranio e dura madre con reperto negativo. La pia, tranne sui lobi occipitali, è diffusamente opacata, ispessita. Questo reperto si osserva anche alla base. Pia senza perdita di sostanza, non aderente alla corteccia. Al lobo frontale e parietale le circonvoluzioni sono considerevolmente assottigliate. Idrocefalo esterno ed interno. Non esistono granulazioni nell'ependima. Cervello anemico, edematoso. I vasi della base mostrano un grado di incipiente ateromasia.

4° *Epilessia alcoolica* (1).

Le alterazioni cerebrali prodotte dagli eccessi alcoolici possono condurre all'epilessia. I momenti più favorevoli all'insorgere dell'epilessia nei bevitori sono di frequente la disposizione ereditaria, le convulsioni nella fanciullezza, i traumi. Non è giusta l'opinione di Magnan che l'epilessia alcoolica si abbia soltanto nei bevitori d'assenzio. Può aversi invece per ogni sorta di bevande spiritose.

Poichè l'epilessia presuppone funzionalmente un'innervazione durevolmente abnorme di certi centri cerebrali, è razionale che essa non possa aver origine da un solo eccesso alcoolico, per quanto forte, come deve dirsi per il delirium tremens, ma soltanto dopo ripetuti e persistenti eccessi. La comparsa di un accesso epilettico sotto l'influenza occasionale di un'ubbriachezza dimostra sempre che questa alterazione epilettica, vale a dire l'epilessia, esiste già da tempo, come per l'appunto negli epilettici si ha assai spesso la ripetizione dell'accesso dietro l'influenza di un abuso alcoolico.

(1) Letterat.. Percy, *Dict. des scienc. méd.*, 26; Magnan, *De l'alcoolisme*, 1874; Weiss, *Leidesdorf, Psychiatr. Studien*, 1877; Drouet, *Ann. méd. psych.*, 1875, marzo; Legrand du Saulle, *Étude médico-légale sur les épilept.*, Paris, 1877; Echeverria, *Journ. of mental science*, 1881, gennaio.

Una volta però che si è stabilita l'epilessia alcoolica, allora le cause occasionali piú efficenti sulla ripetizione degli accessi sono gli abusi alcoolici.

Certamente il 10 0[0 degli alcoolisti lasciano osservare fenomeni epilettici. Essi rappresentano generalmente i fenomeni tardivi dell'alcoolismo cronico. Spesso questi insulti epilettici sono solamente incompleti, ossia colpiscono soltanto certi gruppi muscolari o una sola metà del corpo. È degno di nota poi che essi per lo più sono annunziati ed accompagnati da una forte congestione. Anche la coscienza spesso non va perduta completamente sotto gli accessi.

Tuttavia accanto a questi accessi incompleti, se ne hanno di quelli i quali non differiscono in nulla dal quadro abituale, vertiginoso o convulsivo dell'epilessia. Di grandissimo significato per la diagnosi, maggiore di quanto ne ha la forma di questi accessi, è il modo del loro insorgere, inquantochè gli accessi sogliono verificarsi prima a grandissimi intervalli, poi spesso in connessione con un eccesso alcoolico.

Molto comunemente a queste serie di accessi tengono dietro dei disturbi psichici in forma di delirio epilettico, oppure uno stato sonnambolico, crepuscolare, o stuporoso. Talvolta si osserva la complicazione del *delirium tremens* o dell'*hallucinatio ebriosa*. Col giungere dell'epilessia alcoolica, la degenerazione intellettuale dei malati fa dei rapidi progressi.

La prognosi è infausta, sia per sè, sia per la continua ripetizione degli eccessi alcoolici, i quali aumentano la predisposizione e provocano dei nuovi accessi. Però anche l'epilessia alcoolica sembra trarre giovamento dal bromuro. Molti malati possono tuttavia rimanere anche senza bromuro per tutto il tempo che dimorano nella casa di salute, guarire dei loro accessi dietro le prescrizioni igieniche di questa, massime la sottrazione dei mezzi alcoolici.

Osservazione XCVII.

Epilessia potatoria.

Mantel, 39 anni, legnaiuolo, coniugato, bevitore d'acquavite fin dalla gioventù, presenta da assai lungo tempo i segni dell'alcoolismo cronico. I suoi 5 figli soffrirono di convulsioni ed uno solo di essi campò. Negli ultimi mesi comiuciò a soffrire di accessi vertiginosi. Talvolta è preso da capogiri con perdita di coscienza e da qualche leggera convulsione. Dal 2 fino al 6, 6, 74, soffrì un accesso di *delirium tremens*. In seguito soffrì di catarro gastrico, sonno cattivo, ebbe spesso degli insulti di vertigine, di giorno non poteva occuparsi perchè in preda a tremore. Divenne anche ambliopico. Dal 19 maggio 1881 ebbe un nuovo accesso di *delirium tremens*. Il 20 accesso epilettico con stupore successivo. Il 22, 5 nuovo insulto. Il malato fu portato soporoso all'ospedale. Puls. 120, temp. 39,0.

Il 23 tornò in sè stesso, la temperatura ridivenne normale, ma il delirio comparve di nuovo. Questo è caratterizzato da visioni di conoscenti che lo minacciano con coltelli; si ritiene perduto. Non ha visioni d'animali, esiste un grave turbamento nella coscienza e un'ansia violenta. Il tutto produce l'impressione di un delirio postepilettico, senza avere tuttavia il contenuto e l'impronta del precedente *delirium tremens*. Il 26 il malato si fece ad un tratto lucido, conservando però un ricordo soltanto sommario.

Il 21, 1, 76, venne di nuovo all'ospedale. È profondamente ansioso, fortemente turbato nella coscienza. Diviene aggressivo contro chi lo circonda, ritiene di dover essere avvelenato, ucciso, si crede spacciato. Le pupille sono al maximum della dilatazione, la ciera è rigida, contratta. Non tremore alle mani, punto febbre. Il 23, 1, si fece nuovamente lucido in un tratto. Egli sa soltanto che, subito dopo l'ingresso nell'ospedale, fu preso da un'ansia terribile, che prese gli infermieri per beccai, i quali lo contornavano e minacciavano con ogni sorta d'armi e di coltelli (delirio epilettico).

Il 26, 1, di sera accesso epilettico. Di poi sopore con midriasi, convulsioni della metà sinistra del corpo, le quali s'irradiavano talvolta ai muscoli della nuca e del viso.

Il 28, 1, scomparvero le convulsioni e il sopore. All'estremità inferiore sinistra si osserva paresi e percezione tattile ritardata; l'esame oftalmoscopico lascia osservare da entrambi i lati la papilla pallida.

Il 29 scomparvero i disturbi alla gamba sinistra, il malato si riebbe e fu licenziato il 7, 3.

L'11, 4, 76, dopo aver sofferto cefalea, fu preso da un insulto epilettico; e quindi ebbe stupore ansioso fino al 13.

Il 29, 10, 77 accesso epilettico. Fu portato all'ospedale comatoso, fortemente congesto, con convulsioni nell'estremità inferiore sinistra. Midriasi. Respirazione stertorosa. Temp. 40. Il 30, 10, discesa della temperatura a 38. La coscienza si schiarì, soffrì forte mal di capo.

Dopo mezzogiorno di nuovo il delirio; vede ragni e rospi che lo mordono, si crede all'osteria, trema fortemente *(delirium tremens)*.

Il 4, 10 si altera il carattere del delirio; si crede in guerra, scannato, perduto. Profondo disturbo della coscienza, ansia violenta (delirio epilettico).

Il 2, 11, nuova ansia; è spaventato di nuovo da rospi, si crede all'osteria, occupato a contar denari e a bere. Collasso considerevole (vino, acquavite).

Il 3, 11, venne finalmente il sonno.

Il 4, 11, lucido, molto esaurito. Convalescenza lenta.

Dal 30, 1, fino al 3, 2, dal 10, 3 fino al 15, 3, dall'8, 5 fino al 12, 5, 78, ogni volta dopo forti eccessi alcoolici e prima o dopo insulti epilettici, si osservarono degli stati deliranti totalmente uguali ai precedenti.

Il 26, 8, 78 ripetuti accessi epilettici. Essi cominciavano con deviazione del capo verso sinistra, contrazioni dei muscoli del facciale e si diffondevano alle estremità; ora erano convulsioni toniche, ora cloniche. Occhi aperti, ruotati verso l'alto e l'interno. Midriasi. Scrosciamento dei denti. Temp. 40,1. Puls. 110. Respirazione difficile, intermittente. Gli accessi scomparvero il giorno 27. Coma, sudore profuso, stato adinamico. Il 24 la temperatura cadde, il malato ridivenne lucido. Alla sera delirio, il malato grida, piange, rompe in pezzi la camicia, è molestato dalle vespe, vede delle donne, dei fiaschi d'acquavite che non può avere, crede che l'acqua sia avvelenata, si lagna che una donna gli tagli la carne entro il corpo. Il 4, 9, venne finalmente il sonno con grandi dosi di acquavite. Ridivenne lucido e si rialzò rapidamente.

Non si trovò albume nell'urina. Il 7, 9, fu licenziato.

Osservazione XCVIII.

Epilessia alcoolica. — Delirium tremens combinato al delirio epilettico.

Pirch, 37 anni, negoziante, non predisposto, molto dedito al bere fin dalla gioventù, ebbe nel 1859 il *delirium tremens* e nel 1869 un tifo grave con fenomeni cerebrali; 9 anni fa, dopo ripetuti eccessi alcoolici, ebbe il primo accesso epilettico.

Gli accessi epilettici si andarono sempre ripetendo ogni 4 mesi, abitualmente dopo gli eccessi nel bere. Cominciavano con violento mal di capo ed erano seguiti dagli stati stuporosi della durata di più ore, nei quali il malato diveniva ansioso e vedeva spiriti minacciosi, animali e scintille di fuoco. 5 anni addietro cessarono, e poi ricomparvero il 22, 10, 76 dopo un eccesso alcoolico. La mattina si manifestò un forte mal di capo con figure nere davanti agli occhi, poi cadde privo di coscienza. Dopo mezzogiorno si ripetè l'accesso. Alla sera fu portato allo spedale colla lingua morsicata e sanguinolenta, leggermente stuporoso. Declina bene le sue generalità, si mostra ansioso, irrequieto, agitato. Tremore generale, non febbre, puls. 88, polso cedevole, tardo, toni cardiaci oscuri, fegato ingrossato. Dorme qualche poco. Il 23 si trovò con sua maraviglia nella casa di salute. La sua memoria è molto sommaria.

Dopo mezzogiorno non vide che uccelli, topi, ratti, puttini.

Agitazione crescente, forte tremore. Nonostante il cloralio passò insonne la notte del 24, con visioni di animali.

Il 24, alle 7 di sera, accesso epilettico con morsicature alla lingua. In seguito il *delirium tremens* si complicò al delirio epilettico. Disturbo profondo della coscienza, ansia spaventevole, furore cieco. Vede assassini, è ucciso, il suo capo è sul banco; ha regolarmente delle visioni di animali feroci, si crede all'osteria, beve birra, grida col cantiniere mostrandogli il bicchiere vuoto. Il cloralio fu senza successo. Il 25 fu fatta un'iniezione sottocutanea di estratto d'oppio a 0,15. Il malato dormì tutta la notte del 26, tornò presto lucido, ma con memoria sommaria.

Egli conta che prima, 9 anni fa, poi 5, ebbe degli stati analoghi di delirio, i quali erano postepilettici e duravano circa 5 giorni. Si rimise presto con piccole dosi di oppio e fu licenziato il 30, 10.

CAPITOLO IV

—

Demenza senile (Altersblödsinn) (1).

Nell'età avanzata il cervello subisce una metamorfosi regressiva, specialmente in seguito all'ateromasia e ai disturbi circolatorii che vi si connettono, la quale figura come un fenomeno parziale del processo generale d'involuzione corporea. Mentre questo si rende palese come *marasmo senile,* l'alterazione organica del cervello si manifesta con un disturbo delle funzioni mentali e del carattere. L'uomo col cervello invecchiato diviene incerto nelle vedute e nei giudizi, il suo potere d'assimilazione mentale non è più così grande, la fantasia non ha più l'impulso e la freschezza della età giovanile, i pensieri escono lentamente, la memoria diminuisce, il circolo delle idee si fa limitato, la volontà non è più così ferma, ma sempre piuttosto indeterminata.

Il vecchio vive prevalentemente dei ricordi del passato, è conservatore, diffidente contro il nuovo, diviene egoista, *laudator temporis acti.* (Legrand du Saulle).

Spesso il difetto non si arresta a questa alterazione senile del carattere, ma arriva ad uno stato di indebolimento mentale progressivo, che può estendersi fino agli stadi più innoltrati della demenza. A questo reperto clinico della *demenza senile,* corrisponde anatomicamente un'atrofia degli emisferi

(1) Prichard, *Treatise,* p. 91; Durand-Fardel, *Malattie della vecchiaia;* Marcé, *Recherches cliniques sur la démence sénile etc., Gaz. méd.* de Paris, 1863, 27, 29, 31, 37, 39, 49, 51, 52; Güntz, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 30, p. 102; Wille, *id.,* 30, H. 3; Crichton Browne, *Brit. med. Journ.,* 1874, 9 e 16 maggio; Weiss, *Psychosen des Seniums, Wiener méd.* Presse 1880, 9.

cerebrali con ateromasia contemporanea delle arterie cerebrali. Questa atrofia è sempre più palese nella corteccia delle circonvoluzioni del lobo frontale, la cui disposizione a strati è scomparsa in gran parte e la cui sostanza nei tagli si mostra di un colorito tendente al giallo.

Al microscopio si osservano delle alterazioni nelle cellule gangliari della corteccia cerebrale (atrofia semplice, degenerazione grassa e pigmentosa) e nei vasi (ateromasia, obliterazione per atrofia, aneurismi capillari).

Accanto al reperto dell'atrofia cerebrale si osservano gli ispessimenti compensativi della cassa cranica, le raccolte di siero negli spazi aracnoidei e nei ventricoli, la pachimeningite esterna ed interna, l'edema della pia e spesso anche, sia come cause, sia come complicazioni, le malattie a focolaio, in forma di apoplessie e rammollimenti (encefaliti ateromatose).

L'atrofia può quindi essere primitiva, oppure tener dietro a questi processi a focolaio, massime quando questi siano multipli.

Di rado questa degenerazione senile avviene prima dei 60 anni *(senium praecox)*, in seguito ad un precoce indebolimento del cervello, che può esser basato su di una grave lotta per l'esistenza o tener dietro ad una grave malattia costituzionale, alla degenerazione grassa del cuore, all'arteriosclerosi.

I fenomeni iniziali del quadro morboso sogliono essere quelli di un'alterazione senile del carattere, che vanno sempre più esagerandosi e massime l'egoismo, l'avarizia, la diffidenza, l'irritabilità, i *lapsus judicii et memoriæ* (specialmente pei ricordi della giovinezza). Non di rado si uniscono a questi disturbi degli accessi vertiginosi, congestivi od epilettoidi, la sonnolenza o l'insonnio con nottambulismo. In altri casi si manifesta un grande decadimento dei sentimenti etici, da cui scaturiscono poi delle offese alla moralità, collegate coll'eccitamento sessuale, che cerca sfogo specialmente su fanciulli. Dopo una durata più o meno lunga di questo stadio prodromico, può svilupparsi il quadro del delirio senile di persecuzione o quello della mania senile (V. vol. I, p. 167), il quale conduce

alla demenza; oppure questa si manifesta come demenza primaria progressiva, immediatamente dopo questo stadio prodromico. Si manifestano subito dei gravi disturbi della memoria, che colpiscono specialmente i ricordi della giovinezza; talvolta anzi quelli degli ultimi decennii scompaiono completamente dalla memoria, talchè i malati vivono in un tempo remotissimo. Si manifesta un disturbo profondo della coscienza che abbraccia assieme le categorie di tempo e di spazio. I malati vanno girando vagabondi, non si racapezzano più per le vie e neppure nella propria casa, smarriscono gli oggetti e credono che siano stati loro rubati, si appropriano le cose altrui e via dicendo. Nel corso delle idee si osserva incoerenza e dissociazione, la voce diviene flebile; la gaiezza la più infantile con risa sfrenate, si alterna colle fasi di una depressione dolorosa, spesso a colorito ipocondriaco, fino al *tædium vitæ*. Per lo più il sonno è turbato. I malati di notte si aggirano qua e là, commettono azioni senza scopo, rompono in modo balordo tutto quanto capita loro fra mano, spesso persino non trovano il loro letto. La causa di questa instabilità notturna si basa spesso sopra un senso d'ansia, con idee incoerenti di persecuzione, ed illusioni sensoriali. In questo quadro di decadimento psichico, gli stati d'eccitamento melanconici e maniaci, come pure il delirio di persecuzione, possono presentarsi come fenomeni episodici.

L'indebolimento psichico profondo, il disturbo della coscienza e l'incoerenza delle idee forniscono a questi stati morbosi un'impronta caratteristica. (Cfr. vol. I, p. 204).

Non di rado si osservano come disturbi somatici ulteriori ed intercorrenti degli accessi apoplettici ed epilettiformi, i quali ora tengono a focolai apoplettici o di rammollimento, ora a disturbi temporanei della circolazione e ad edemi regionali. Come residui si osservano spesso delle paralisi (ipoglosso, facciale, emiplegia) che accennano all'esistenza di un focolaio. Se la vita si protrae bastantemente, i malati divengono apatici, dementi, sporchi, ghiotti, e cadono in una paralisi progressiva generale, psichica e motoria. Il decorso della demenza senile è

cronico, fino a comprendere più anni; si osservano tuttavia dei casi rari a decorso acuto, della durata di mesi (1).

La morte avviene per lo più dietro complicazioni cerebrali, pneumoniti, od anche per affezioni della vescica, decubito, diarrea colliquativa. La terapia riesce impotente contro il processo degenerativo che serve di base alla malattia. La nutrizione migliore che sia possibile e l'eccitamento della circolazione (vino) sono tutto quanto si possa far di meglio. L'agitazione prevalente alla notte sembra essere un fenomeno di inanizione relativa; il pasto serale e l'uso degli spiritosi è quindi sempre indicato. Se sono indicati i narcotici, si impieghi l'oppio come sedativo ed ipnotico, mentre l'idrato di cloralio non è da consigliarsi in causa della debolezza vasale e della spesso esistente degenerazione grassa del cuore.

Osservazione XCIX.

Melanconia senile. — Esito in demenza senile.

Signor X., banchiere, 65 anni, fu condotto al manicomio alla metà di luglio 1864. Fin dalla metà di maggio era stato colpito dai sintomi di una melanconia con *tædium vitæ*, irrequietezza, idee deliranti nihilistiche di esser rovinato, di non saper più far conti. A ciò si unì grande turbamento della coscienza e indebolimento della memoria e di quando in quando sentì delle voci che lo dicevano senza senno e lo accusavano di truffe.

All'ammissione si notò melanconia agitata con grande disturbo della coscienza, capo rosso, congestionato. Agitazione lamentevole, sensazione corporea di esser graffiato, scorticato.

Grande preoccupazione dolorosa, lamenti di non sapere ciò che si faccia, di aver perduto la memoria, di non saper più uscire da un dilemma (idee contrapposte), di non conoscere più nulla del mondo esterno (disturbo della coscienza ed appercezione inceppata). Oltre a ciò delirio totalmente disordinato, con esclamazioni continue (corso forzato dei pensieri, con incapacità di terminare un'idea). A questo quadro di melanconia

(1) *Morbus climactericus* (Lobstein), *febrile Atrophie der Greise* (Virchow), V. di questo autore *Handb. der spec. Pathol.*, I, Abth. 1, p. 310, 319.

agitata con grande confusione e turbamento della coscienza, si aggiunge l'impulizia, la sitofobia e il delirio nihilistico. Egli si crede morto, incapace ad agire, crede di essere rovinato, caduto in putrefazione, che le sue feci rimangano nel corpo, che il mondo vada a rovescio, che tutto avvenga pro forma, che tutto sia falso, perduto, che non vi sia più letto, più cibo, che il cibo sia escremento di gatto, di aver perduto la memoria, di essere divenuto un altro.

Queste idee deliranti, che includono un profondo disturbo della coscienza di sè e del mondo esterno, venivano risentite dal malato in modo totalmente monotono e frammentato, senza affetti profondi. Era degna di nota un'alternanza regolare fra i giorni relativamente calmi e agitati, nei quali ultimi il malato negava tutto, si graffiava il viso e il petto, rifiutava il cibo. Causa di questo continuo graffiarsi sembra fosse l'ansia penosa, come pure il prurito senile. Da quando a quando si lagna di cefalea, vertigini, calore e rossore al capo e talvolta sente delle voci che dànno poi luogo al delirio che tutto sia in putrefazione. Alla fine del 1864, mentre il delirio nihilistico andava divenendo sempre più frammentato e confuso, il disturbo della coscienza andò sempre aumentandosi. I toni cardiaci erano durevolmente oscuri e poco netti, le arterie rigide e tortuose. Nel corso del 1866 insorse un marasmo progressivo, in giugno un otoematoma, in luglio una foruncolosi generale. Nel marzo 1867, in uno stato di demenza progressiva coi residui di un delirio nihilistico e senza affetti, morì per pneumonite.

Sezione 24 ore p. m. — Cranio pesante, sostanza ossea compatta, dura, diploe scomparsa. In certi punti dell'osso parietale e frontale sulla lamina vitrea, si osservano degli osteofiti grandi quanto un seme di papavero. Suture saldate. Dura fortemente adesa al cranio, con superficie scabra. La sua faccia interna è rivestita da molte neomembrane stratificate, color della ruggine. Nel sacco dell'aracnoide si trovano soltanto alcune gocce di siero. La pia in generale è anemica, sui lobi frontali edematosa; soltanto sul lobo occipitale destro è grandemente iniettata; la sostanza nervosa sottoposta è rammollita; al taglio si mostra di colorito grigiastro pallido e di consistenza assai cedevole; anche la sostanza bianca è, per uno strato di 3 cent. dalla corteccia, in uno stato di rammollimento bianco (encefalomalacia bianca). La pia si stacca facilmente dalla corteccia e non è punto ispessita. La prima e la seconda circonvoluzione frontale, come pure la circonvoluzione centrale anteriore e posteriore, sono fortemente depresse dal loro livello normale, non combacciano bene fra loro, sono atrofiche. La corteccia degli emisferi presenta un colorito giallastro, la sostanza bianca, massime nei lobi posteriori, mostra i vasi dilatati. Ventricolo non dilatato, ependima alquanto ispessito.

Carotidi fortemente ateromatose con ossificazioni parziali; anzi l'arteria basilare presenta una dilatazione cirsoidea. Le altre parti del cervello, come pure il midollo spinale, non lasciano osservare alterazione palpabile.

Polmone destro in istato di epatizzazione grigia ai lobi inferiori. Valvula mitrale ispessita, retratta, valvule aortiche ateromatose, ma insufficienti. Carne cardiaca giallo-bruna, grassa al taglio; alla parete superiore dell'arco aortico si osserva una zona grande quanto un soldo, ossificata, ateromatosa ed altre piccole placche consimili si osservano nel tragitto dell'aorta discendente. Lume intestinale, alla distanza di 6 pollici dall'ano, ridotto per un mezzo pollice di lunghezza allo spessore di un dito. Diagnosi anatomica: atrofia cerebrale, encefalite del lobo posteriore destro, Pachimeningite interna. Pneumonite cruposa destra. Ateromasia delle arterie. Degenerazione adiposa del cuore.

Osservazione C.

Demenza senile. Mania intercorrente.

Klug. artigiano, 67 anni, ammesso il 18, 12, 75, ebbe una sorella imbecille, e nel 1848 cadde in uno stato maniaco per alcune settimane. Era un uomo diligente, accurato nelle sue faccende e si era messo da parte un discreto capitale. Durante il 1875 divenne smemorato, distratto, sospettoso, avaro. Soffriva spesso alle vie orinarie (ipertrofia della prostata). In ottobre ebbe un accesso apoplettiforme con afasia transitoria. D'allora in poi fu sempre instabile, irrequieto, cominciò a fare acquisti senza scopo, a perseguitare le donne del vicinato con proposte lascive, ad andar gironzando di notte per le osterie. Quando i suoi parenti lo richiamavano su questi fatti, diveniva brutale e allegava di aver diritto di godere negli ultimi giorni della sua vecchiaia; secondo lui si andava facendo sempre più giovane e più sano.

Dal 10, 12, in poi si verificarono 7 accessi epilettiformi. Il malato divenne ancor più agitato, irrequieto, pieno di progetti insensati, bevitore, dissipatore. Ventilò l'idea d'impiantare una grande fabbrica di letti, di far costruire grandi fabbriche, anzi una strada intera, che avrebbe portato il suo nome.

Avendo un giorno tagliato prima le ali, poi strappato il collo alle oche del suo cortile, e di poi minacciato i parenti, fu condotto alla clinica.

All'ammissione si mostra congesto, con occhi splendenti, pupille miotiche. Non riconosce la sua situazione, si abbandona a una quantità di progetti assurdi; provocante fino all'oscenità colle donne di casa sua,

pieno di progetti e di desideri, irrequieto, agitato, scomposto, insonne. Carattere fatuo, superficialità negli affetti, *lapsus judicii et memoriæ*, grande smemoratezza e distrazione dànno al quadro, di per sè maniaco, l'impronta dell'indebolimento psichico. In via somatica, oltre a una forte flussione al capo, esistono i fenomeni di una senilità avanzata; le arterie sono fortemente rigide e tortuose, esiste enfisema.

La coscienza del tempo e dello spazio sono deboli. Dorme poco di notte, si aggira per la camera, cerca i suoi effetti: fa mille castelli in aria, tutto l'ospedale gli appartiene, e vorrebbe convertirlo in un palazzo.

All'infuori di un leggero tremore delle labbra, non esistono disturbi motori di sorta. Più volte, sotto una flussione forte al cervello manifesta un fortissimo eccitamento doloroso-iracondo, durante il quale minaccia bruscamente, diviene brutale e persino aggressivo contro il personale, ma poi presto si calma.

Dietro una cura di bagni e di iniezioni di morfina (2 volte al giorno, 0,01), l'eccitamento scomparve ai primi di gennaio 1876. Il malato ebbe delle notti tranquille, fu capace di correggere le sue assurdità, e manifestò una certa coscienza della malattia sofferta. L'indebolimento psichico si fece sempre più notevole, esternandosi con affetti infantili-dolorosi di non dover più rientrare in famiglia.

Alla fine di gennaio, durevolmente calmo, ma assai decaduto mentalmente, potè esser restituito ai suoi parenti.

Osservazione CI.

Demenza senile. Delirio di persecuzione.

Miclosch, 78 anni, impiegato in pensione, fu ammesso al manicomio il 2, 10, 75. Fin da 3 anni le sue facoltà mentali avevano sofferto; il malato era divenuto smemorato, distratto, si smarriva spesso nella strada e persino in casa sua, perdeva i suoi effetti e poi si credeva derubato.

4 mesi addietro lo colpì un accesso apoplettiforme. Dopo di questo divenne irrequieto, diffidente, manifestò per un certo tempo un delirio di avvelenamento, aveva timore dei servi, di notte era spesso ansioso ed insonne. L'indebolimento mentale fece dei grandi progressi, la coscienza di tempo e di spazio si mostrarono spesso profondamente turbate e l'oppressione al petto, l'asma, la cefalea, le vertigini, trovarono nel malato un'interpretazione in parte ipocondriaca, in parte delirante, nel senso di esser fatto segno ad ostilità esterne.

In breve prima dell' ammissione aveva già un delirio di avvelenamento, e poichè andava dicendo coi parenti che voleva togliersi la vita, diveniva ogni giorno più agitato e rifiutava il cibo, si decise di rinchiuderlo nel manicomio.

Presenta il quadro squisito del marasmo senile. Le arterie sono rigide, il polso è irregolare, teso, le labbra sono cianotiche, esiste edema ai piedi ed alle palpebre, l' area cardiaca è notevolmente ingrandita, il primo tono alla mitrale è velato da un soffio.

Il malato è molto debole mentalmente, labile assai nella coscienza di tempo e di spazio; la sua memoria è così indebolita che egli non ricorda più i fatti della gioventù. Facile alle distrazioni, infantile nei suoi piagnistei. Di notte dorme poco e si aggira all' intorno, preso da agitazione ansiosa, si guarda dai servi, teme gli assassini. Crede che lo si voglia avvelenare in casa sua. Egli vide i suoi parenti mettere dell' arsenico nel suo piatto. Egli veramente non ha gustato il veleno, ma ne ha risentito l'azione nei molti disturbi corporei (cagionati dalla malattia di cuore) che non gli permettono di dormire.

Anche nello Stabilimento si mostra spesso diffidente, rifiuta le medicine perchè contengono una polvere volatile velenosa, il cibo perchè è pieno d' arsenico, ma però questa resistenza si supera facilmente. I suoi parenti lo perseguitano anche qui, essi lo hanno condotto qui per derubarlo e metter da parte tutti i suoi averi. Mancano affetti profondi, solo di quando in quando, massime di notte, sopravvengono degli accessi d' ansia, i quali poi richiamano alla coscienza delle idee deliranti. Grida, chiama soccorso, come farebbe un bambino. Diminuzione progressiva della memoria ed offuscamento della coscienza.

Dalla metà di dicembre in poi si manifestò una forte dispnea con edema diffuso, coi fenomeni della cardiostenia. Il 25, 12, morte coi sintomi dell' edema polmonare.

Sezione: — Cranio iperostosico, dura e pia normali, circonvoluzioni del lobo frontale e parietale assottigliate e qua e là depresse dal loro livello normale. Arterie della base molto ateromatose ed indurite.

Alla superficie basilare del lobo occipitale e frontale sinistro, esiste un focolaio encefalitico, oblungo, riempito di siero torbido, rivestito dalla pia, il quale da una parte arriva fino alla metà interna della terza circonvoluzione frontale, dall' altra fino al corno posteriore del ventricolo, col quale comunica. Le pareti del focolaio sono rivestite da una membrana ed hanno il colorito dell' ocra. L'arteria cerebrale profonda di sinistra è impigliata in un tessuto di nuova formazione e si perde nel focolaio.

Un secondo focolaio, lungo tre centimetri, giallo, prende la metà della circonvoluzione di passaggio della seconda scissura frontale; un terzo

analogo, grande quanto un soldo si trova là dove il giro angolare passa nella seconda circonvoluzione occipitale, un quarto si trova nella fessura calcarina. Il cervello nel resto è edematoso, anemico. Cuore di grandezza doppia, parete ventricolare sinistra ispessita. Valvule aortiche e bicuspidale ispessite, ratratte; il tronco iniziale dell'aorta è dilatato, le sue pareti sono in preda a degenerazione ateromatosa incipiente. Carne cardiaca di color gialliccio, grassa.

CAPITOLO V

—

Delirio acuto (1).

Sotto questa denominazione, alla quale corrisponde una sintomatologia e un decorso speciale, la psichiatria comprende una malattia cerebrale grave, per lo più ad esito letale, nel cui quadro morboso predominano i disturbi nella sfera psichica, accanto ai disturbi gravi della motilità e ad altri disordini in genere. All' autopsia si hanno dei reperti riconoscibili ad occhio nudo, quantunque non strettamente nè sempre caratteristici.

Consistono questi in esuberanza sanguigna del cervello e delle sue meningi. L' iperemia si estende per lo più anche al midollo spinale. Il reperto dell' iperemia è frequentemente mascherato dall' edema che si verifica negli ultimi giorni o nelle ultime ore di vita.

In complesso l' autopsia rivela una stasi venosa nell' organo centrale.

Il cervello si espande, la corteccia cerebrale si gonfia. Lungo il decorso dei grossi vasi della pia si osservano spesso delle strie biancastre, le quali sono la conseguenza della stasi linfatica nelle tonache vasali.

L' esame microscopico rivela del pari tutti i fenomeni di una stasi sanguigna, con trasudazione successiva degli elementi del sangue. Le guaine linfatiche si mostrano completamente otturate dai corpuscoli bianchi, fra i quali se ne trovano mescolati anche dei rossi. Qua e là possono anzi rinvenirsi degli stravasi

(1) Jehn, *Archiv. f. Psych.* VIII, H. 3 (con letteratura fino al 1878, nella quale sono importanti specialmente i lavori di Schüle, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 24 e 25); Schüle, *Handb.* p. 502; Mendel, *Berlin. klin. Wochenschr.* 1879. 50.

capillari. La stasi linfatica si estende da una parte per le guaine linfatiche negli spazi della pia, dall'altra nel sistema della rete cellulare di Deiters e persino negli spazi perigangliari.

Nelle cellule gangliari si nota spesso un rigonfiamento opaco. Per quanto concerne gli organi extracefalici, si osservano spesso i polmoni ipostatici, il cuore flacido, la musculatura del cuore fragile, pallida, in preda a degenerazione grassa o granulosa, il sangue eccessivamente oscuro e fluidificato. Anche la presenza della degenerazione granulosa dei muscoli volontari è stata osservata da Fürstner *(Arch. f. Psych.* XI, II. 2), come nel tifo e nelle altre malattie acute in genere.

Le cause della malattia sono molteplici, ma tutte in ciò si accordano, nel senso cioè di danneggiare direttamente il cervello. È verosimile in tutti i casi che quest'azione nociva si eserciti sul sistema nervoso vasomotorio e che l'iperemia, che è base al processo morboso, sia di natura vasoparalitica. La malattia colpisce un po' più di frequente gli uomini delle donne e veramente nell'età media della vita (1). Tra le cause occasionali si annoverano le emozioni, gli eccessi alcoolici, la soverchia applicazione mentale, i grandi calori; ma assai più efficaci si dimostrano quelle cause che non agiscono immediatamente, ossia le cause predisponenti, quali la soverchia compartecipazione mentale e corporea alla lotta per l'esistenza, gli affanni duraturi, l'ubbriachezza, l'alimentazione insufficiente, la miseria, l'influenza debilitante dei parti difficili e delle malattie, il processo climaterico. In molti altri casi preesistevano fin dai primi anni degli insulti cerebrali in forma di traumi al capo, colpi di sole, tifo con complicazioni cerebrali od anche malattie indeterminate cerebrali o psichiche, le quali affezioni tutte lasciarono delle orme evidenti. Fra queste dobbiamo annoverare quelle iperostosi del cranio, quegli intorbidamenti ed ispessimenti della pia, quelle atrofie circoscritte della corteccia, che

(1) Fra 33 casi di mia osservazione, di natura primitiva, 15 uomini erano in un'età fra i 30 e i 43 anni, e 18 donne fra i 27 e i 46.

si osservano pur di frequente nei cadaveri degli individui morti per delirio acuto.

Nella grande maggioranza dei casi di mia osservazione, trattavasi sempre di persone disposte ereditariamente alle malattie nervose, molto affettive, e segnatamente irritabili, per disturbo vasomotorio.

Il delirio acuto può svilupparsi nel decorso di certe malattie, come ad esempio dietro l' influenza debilitante di un tifo, di un *delirium tremens,* di una mania furiosa in un cervello decrepito. E altresì il delirio acuto può manifestarsi come complicazione di una demenza paralitica, quando preesista una delle ricordate cause occasionali, come pure dell' isterismo.

Se si dà un' occhiata a questi dati etiologici, si rende assai probabile l'ipotesi che il carattere pernicioso dell'iperemia cerebrale, il quale costituisce la natura della malattia, sia riposto in una disposizione premorbosa dell' organo psichico, e che il delirio acuto costituisca una *speciale forma di reazione di un cervello invalido od esaurito, profondamente danneggiato nel suo tono vasale per un processo iperemizzante.*

Mentre la patogenesi riconosce un' influenza nociva che deprime il tono vasale, e l' iperemia si può considerare come di origine arteriosa per la diminuita resistenza vasale, il decorso ulteriore di questa forma parla per un pronto passaggio di questo stato in uno di iperemia venosa, provocato dal rallentato circolo entro i vasi dilatati passivamente, in connessione con un indebolimento dell'azione cardiaca che si rende ben presto valevole. Le conseguenze dirette dell' iperemia venosa sono quindi l'emigrazione degli elementi sanguigni nelle vie linfatiche della pia e del cervello, in seguito alla cedevolezza congenita dei vasi o ai disturbi di nutrizione (1) delle loro pareti per inanizione, abuso di alcoolici ecc., che possono agevolarne la trasudazione.

(1) Cfr. Jehn, *op. cit.*, il quale in 4 casi da lui osservati trovò degenerazione grassa, ispessimento, proliferazione granulosa dell' avventizia, embolismi grassosi e pigmentarii.

Così accanto ai fenomeni di irritazione si schierano quelli di alterata pressione. Transitoriamente può avvenire un evidente e parziale riassorbimento dei transudati (remissioni), ma le flussioni sempre più frequenti (esacerbazioni) dànno luogo a dei nuovi trasudati, talchè finalmente non è più possibile la scomparsa di questi, come pure dei prodotti di metamorfosi regressiva del cervello.

Che soltanto di rado si risolvano questi disturbi, si spiega in parte col fatto degli opacamenti ed ispessimenti preesistenti della pia (vie linfatiche impervie), in parte coll' iperostosi del cranio che esiste così di frequente (restringimento degli emissarii), a proposito di che si deve pensare al reperto di Hertz (grande ristrettezza dei fori giugulari); ma è da tenersi a calcolo l'insufficienza esistente da lungo tempo dell' azione cardiaca, la quale spesso è basata sulla preesistente degenerazione grassa, nei casi che si sviluppano per inanizione od alcoolismo, o sui disturbi di nutrizione durante il corso di una malattia, che tanto di frequente si accompagna ad elevamento di temperatura.

L' esito finale dell' intero processo, è una stasi venosa completa nel cervello, alla quale si accompagna una costante trasudazione (edema). La morte avviene in questi malati sotto fenomeni sempre crescenti di compressione cerebrale, nel sopore, o per paralisi cardiaca.

Prospetto clinico della malattia. — I sintomi iniziali del delirio acuto corrispondono a quelli di una forte iperemia attiva, con fenomeni irritativi dei centri psichici e motori, ai quali si possono aggiungere ben presto i sintomi della compressione cerebrale. Questi sintomi possono, a seconda della potenza delle cause occasionali e della invalidità del cervello, scoppiare ad un tratto e violentemente, oppure svilupparsi gradatamente nel ciclo di giorni o di settimane.

I malati si lagnano per mal di capo, provano una sensazione come se si spaccasse loro il capo, risentano pizzicore, ondate al capo, obnubilamento, stordimento, difficoltà nel corso delle

idee. Hanno più che mai il presentimento (1) di esser sotto a una malattia grave. Divengono irritabili, agitati, spesso anche ansiosi, morosi, si lagnano di un'ansia violenta. L'arresto psichico, il quale può crescere transitoriamente fino allo stupore, è risentito assai dolorosamente. Obiettivamente si osservano dei fenomeni flussionari, ciera turbata, sconvolta, miosi, deambulazione oscillante, sonno difficile con frequenti paure, fino all'insonnio, sensibilità alla luce e ai rumori. Talvolta si manifesta altresì il vomito transitorio.

Il passaggio all'acme della malattia è rapido, brusco, caratterizzato da fenomeni congestivi violenti. La coscienza si abbassa allo stato sonnambolico, il malato comincia a delirare e a infuriarsi.

Il quadro morboso può da principio manifestarsi sotto forma di una mania mista od anche furiosa (specialmente quando la causa determinante fu un affetto violento). Se la mania si segnalò con profondo turbamento della coscienza, vacuità del meccanismo psichico e predominio dei movimenti istintivi, con carattere violento ed impulsivo, il quadro morboso acquista sempre più l'impronta del delirio sconnesso, di una alterazione organica, profonda, quale espressione del grande stimolo cerebrale psichico e psicomotorio, che si manifesta con forte flussione e disturbo profondo della coscienza.

Il corso delle idee è altamente accelerato, disordinato, in modo che l'associazione si compie appena per assonanza od alliterazione. Il delirio diviene straordinariamente vago, e nell'acme dell'eccitamento si hanno soltanto parole smozzate, sillabe, suoni inarticolati. La catena dei pensieri diviene sempre più slegata e, in seguito al persistente impulso psicomotorio, si può osservare transitoriamente anche la verbigerazione.

I delirii sono a prevalenza ansiosi, terrificanti.

I malati delirano per lo più sulla fine del mondo, sulla distruzione generale, la morte, l'avvelenamento. Essi vedono

(1) Due dei miei malati diagnosticarono fin da principio l'*infiammazione cerebrale*, per la quale dovevano morire.

come se tutto stesse per cadere o bruciasse, come se fossero per esser sepolti sotto delle rovine. Essi non furono mai di questo mondo, non hanno mai esistito (scomparsa della coscienza della propria personalità). Ma tuttavia possono pure manifestarsi rapidamente ed immediatamente dei delirii di grandezza. Sono frequentissime le visioni di sangue e di fuoco. Fra i fenomeni di reazione motoria si notano i tentativi disperanti di sfuggire al minacciante male. Questi atti psichici hanno una nota caratteristica di inadeguatezza allo scopo, incertezza, impulsività, basata sul disturbo profondo della coscienza e sulla perdita contemporanea della sensibilità muscolare e delle rappresentazioni motorie. Presto vengono i fenomeni irritativi nei centri psicomotori, il malato si aggira qua e là senza scopo, strepita coi piedi, lacera i guanciali per introdurvi la testa, fa rumori colla bocca e col naso, fischia, respira convulsivamente, con cadenza sempre più veloce.

A questi fenomeni psicomotori, che si manifestano con moti volontari apparenti, si aggiungono nel decorso ulteriore dei sintomi irritativi nei centri infracorticali.

Si osserva scrosciamento dei denti, contrazione dei muscoli della faccia che ne alterano la mimica, strabismo, crampi tonici dei muscoli masticatori, visacci d'ogni genere, movimenti convulsivi, tremuli, disordinati, movimenti claudicanti delle estremità, fino a giungere alle convulsioni generali toniche e cloniche. Anche la parola è disturbata, scoccante, blesa (per atassia, insufficienza muscolare, siccità delle fauci), nasale (per paresi del velopendolo).

In moltissimi casi anche l'eccitabilità riflessa è generalmente elevata. Il tremore e l'instabilità del corpo tengono appunto a questo fatto e vanno, come negli idrofobi e negli avvelenati da stricnina, dalle semplici scosse del corpo alle scosse convulsive generali. Anche la deglutizione è notevolmente turbata, il cibo viene spesso rigurgitato come da una molla. Se manca l'esagerazione dell'eccitabilità riflessa, l'alimentazione riesce normale, a meno che non esista trisma temporaneo o che il malato non voglia aprir la bocca, in preda a delirio di avvelenamento.

La sensibilità in questo stadio è per lo più elevata, il sonno manca del tutto o si limita a brevi assopimenti con frequenti sussulti.

Fin dai primi giorni in cui si sviluppa il quadro morboso, si manifestano i fenomeni di una profonda e generale decadenza corporea. Nel maggior numero dei malati, la temperatura è fin da principio elevata, o almeno si innalza sotto le esacerbazioni della malattia. La temperatura può mantenersi fra 38-39, raggiunge però non di rado i 40 o 41 gradi. L'andamento della temperatura è molto oscillante, irregolare. La nutrizione, anche quando manca la febbre e il nutrimento è preso bene, decade rapidamente. In pochi giorni si dileguano e l'adipe e il turgore vitale. Ben presto si disseccano le labbra e la lingua, le fauci si rivestono di uno strato fuliginoso, il polso diviene piccolo, cedevole, frequente (per lo più sopra 100), e subentra uno stato adinamico, coi segni della cardiostenia e con tendenza all'ipostasi polmonare.

Il viso fino allora congesto diviene pallido, e di quando in quando cianotico. Se la vita si conserva abbastanza a lungo, si manifestano spesso petecchie, sugellazioni, decubito. Non è rara la scialorrea: un fenomeno costante nei primi tempi è la costipazione. Spesso nell'urina si trova dell'albume (1). Si osservano costantemente nel decorso della malattia delle remissioni profonde di ore e di giorni, durante le quali il delirio

(1) I quadri speciali di questo stato offrono una grande diversità nella loro sintomatologia, a seconda di certe circostanze costituzionali e di certi rapporti causali. Così si osservano dei casi, per lo più a decorso brusco, con fenomeni irritativi gravi nella sfera motoria e psichica (delirii furibondi, agitazione violenta, scrosciamento dei denti, sussulti, smanie, ecc.), febbre elevata, ecc., accanto a dei casi, nei quali si rende anzitutto manifesto uno stato adinamico, e i fenomeni della compressione cerebrale (stupore, sopore) prevalgono su quelli irritativi, i delirii mancano quasi del tutto, oppure hanno una tinta sognereccia e mussitante; i disturbi motori si rivelano segnatamente colle atassie, le insufficienze muscolari, le paresi, la febbre manca o è piccola, il decorso è sempre più strascicante. — A questi fatti si connette la distinzione che fa lo Schüle della malattia, in forma meningitica o maniaca e in forma da inanizione o melanconica, dove però l'autore riconosce anche delle forme miste.

scompare, anzi viene corretto, la coscienza si rischiara, la temperatura si abbassa, anzi riscende alla norma, i fenomeni motori irritativi si mitigano, e il malato molto lucido, o appena leggermente stuporoso, presenta il quadro di un semplice esaurimento, o al più si lamenta di cefalca e sembra essere subentrata la convalescenza.

Soltanto di rado si ottiene questo fatto e anche quando le remissioni sono profonde e durature, per lo più sono seguite da esacerbazioni sempre più violente.

In questo giuoco di alternanza fra le esacerbazioni flussionarie e le remissioni col carattere dell'esaurimento, si agita il decorso ulteriore; le forze del malato decadono sempre più e la malattia assume un carattere adinamico.

Dal quadro morboso dello stimolo cerebrale flussionario, si sviluppa in modo sempre più notevole quello di un' iperemia passiva trasudativa dell' organo centrale.

Invece dello stupore sopraggiunge il sopore, in luogo dei fenomeni irritativi motori, si hanno le atassie, le insufficienze muscolari e le paresi (girare confusamente, tentennare, tremore del viso e delle mani, deglutizione difficile ecc.): i delirii divengono mussitanti, le pupille finora per lo più ristrette, si dilatano, divengono pigre nella loro reazione, le mucose si fanno anestesiche, le gote pallide con tinta cianotica, i toni cardiaci oscuri; il polso diviene sempre più cedevole e frequente (fino a 150 battute ed oltre), il malato è smanioso, la pelle si riveste di un sudore vischioso, insorgono il decubito e le ipostasi polmonari, il calore si abbassa fino alle temperature di collasso, per elevarsi poi talvolta nell' agonia fino a 40 e sopra. La morte avviene per insufficienza cardiaca in un profondo stupore, dopo un' esacerbazione con fenomeni flussionarii. La durata dell' intera malattia è raramente inferiore a 10 giorni, ma per lo più è superiore a 21, conducendo all' esito letale, che io in 33 casi genuini e di origine primitiva, ebbi a constatare 23 volte.

Quando i malati non perdono la vita, il processo dura più settimane, perfino dei mesi, finchè essi si rimettono, e il cervello guarisce di questa malattia, non senza però una durevole debolezza psichica ed una grande eccitabilità emotiva. Da certi medici fu anche osservato un esito in demenza.

Jehn (*Zeitschr f. Psych.* 36, p. 176 e 37, p. 27) descrive nel seguente modo la manifestazione clinica dello stato di reazione del delirio acuto: « Il malato comincia a parlare con voce piagnucolosa, l'ideorrea diminuisce, la calma che si ha nei movimenti è segno di lentezza e di paralisi. I malati si fanno svogliati, balordi, futili, bisogna guardarli, nutrirli come i bambini. E inoltre si notano dei disturbi trofici (caduta dei capelli, desquamazione della pelle, distrofie nelle unghie, deficienza nella nutrizione), e motori in forma di atteggiamenti catalettiformi, rigidità tetanica dei muscoli del collo e della nuca, e vasomotori (vescicole di pemfigo, massime alle mani e ai piedi dal lato dell'estensione, flemmoni, decubito, escoriazioni, cianosi, edema delle estremità), accanto a cardiostenia, aridità di mente e sconclusionatezza fino alla stupidità, riflessi deboli e tardi, analgesia. Si ha gradatamente l'esito in demenza, con scomparsa della rigidità, come espressione del disturbo nutritivo del cervello, giunto fino all'atrofia. Nei casi meno gravi io ho osservato, soltanto, degli stati di esaurimento, però profondo e funzionale, della durata di settimane o mesi, che ebbero esito di guarigione (Cfr. *Osserv.* 105).

È di grandissima importanza l'adeguato apprezzamento di questa malattia perniciosa del cervello, che dai medici inesperti, può essere molto facilmente scambiata colla mania con furore o passa sotto la diagnosi equivoca di tifo cerebrale.

Per la diagnosi differenziale della mania, vale l'esordio dai fenomeni gravi, quand'anche oscuri, di una malattia centrale, il grave disturbo della coscienza, il profondo disordine esistente fin da principio e senza il carattere di ideorrea, la comparsa precoce di fenomeni motori irritativi, i quali non hanno più l'impronta psichica e non interessano più il territorio corticale, ma sono da considerarsi come fenomeni irritativi diretti, spe-

cialmente come l'espressione di una compartecipazione al processo dei centri infracorticali.

Nel decorso ulteriore la diagnosi è resa sicura dal malessere generale, dalla febbre, dall'alternanza sorprendente fra le remissioni profonde, e i periodi di grave disturbo della coscienza, con fenomeni irritativi psicomotori.

È assai facile confondere la malattia in esame con una meningite spontanea della convessità. Questa malattia è più frequente negli uomini, e l'esordio peracuto, le frequenti scosse fin da principio, i fenomeni ben presto rilevabili di sopore e rigidità della nuca, l'iperestesia generale, le convulsioni generali, le remissioni di minori entità rendono possibile la diagnosi differenziale.

La prognosi è per lo più infausta. Sopra 33 casi di mia osservazione 23 ebbero un esito letale, ossia 13 uomini su 15, 10 donne su 18. E quindi la prognosi nelle donne appare più fausta. Questa fu grave specialmente in quei casi in cui il delirio acuto si sviluppò in base di un alcoolismo cronico. Quanto più acuto e più brusco è lo sviluppo, più sono profondi il disturbo della coscienza e il disordine, quanto più violenti, precoci e più diffusi sono i fenomeni irritativi motori, più riesce notevole la compartecipazione di tutto quanto l'organismo al processo, quanto più ostinato è l'insonnio, tanto più grave è il caso. La mancanza delle remissioni profonde e durature è un segno di cattivo augurio, e così pure il decadimento della nutrizione. La febbre non tiene una regola costante; però le temperature che arrivano a 40° od anche sopra, temperature di collasso, sono sintomi decisamente gravi, e così pure dicasi della frequenza del polso, che si conserva durevolmente a 100 pulsazioni.

La malattia nello stadio della flussione e dei fenomeni irritativi, si può combattere colla vescica di ghiaccio, coi bagni tiepidi, l'uso prudente delle mignatte alle apofisi mastoidee, le rivulsioni alla pelle e sull'intestino. L'oppio, tanto utile nella meningite acuta, qui si dimostra senza successo. Le piccole iniezioni di morfina (0,01 fino a 0,015) più volte al giorno, diminuiscono i fenomeni irritativi psichici, come pure l'agita-

zione, e mitigano il decorso, massime in quei casi che si accompagnano ad aumento nell'eccitabilità riflessa.

Sono degni di nota i risultati ottenuti da Solivetti mediante le iniezioni di ergotina.

Solivetti (*Archivio Italiano,* 1881, fasc. 1°) somministrò l'ergotina di Bonjean. Usava un grammo di ergotina in 6 di acqua distillata, ed iniettava questa soluzione in 3 dosi al giorno. Mentre prima tutti i malati gli morirono, con questa cura dice di non averne perduto alcuno. Dopo 4 gr. (al quarto giorno) il pericolo era, secondo questo autore, per lo più scongiurato. Fin dal secondo giorno, colla diminuzione della congestione si ebbe la scomparsa dei delirii, una maggiore calma e la caduta della febbre. Al quarto giorno, convalescenza con esaurimento profondo e duraturo. Io ho curato 3 casi gravi di delirio acuto primitivo seguendo le indicazioni di Solivetti ed ho ottenuto parimenti dei buoni risultati. L'ergotina (Wernich) fu iniettata pura senza alcun inconveniente, ed appunto ogni qualvolta si rendevano manifesti dei fenomeni flussionarii.

Riposo assoluto, luce moderata, nutrimento corroborante ma privo di stimoli (ova, latte, brodo) sono le indicazioni ulteriori. Quando il malato passa allo stadio della stasi venosa e dell'esaurimento, bisogna ricorrere al vino, al chinino, e quando subentrano l'insufficiente attività cardiaca e i fenomeni di collasso, allo Champagne, all'etere, e nei casi più gravi alla canfora e al muschio.

Osservazione CII.

Delirio acuto in soggetto bevitore. Morte.

Mathias, 43 anni, medico, senza precedenti ereditarii, fin da fanciullo molto eccitabile, sensibile al calore e all'alcool, contrasse un matrimonio infelice; per mitigare i suoi dolori cominciò a bere.

Negli ultimi tempi ebbe molte contese colla moglie. Il viso spesso in quest'epoca si faceva rosso; cominciò anche a soffrire di cardiopalmo. Il 20, 9, 78, dopo una forte contesa si divise dalla móglie; e andò a M.,

dove giunse agitato, come ubbriaco, e congesto; nel corso della giornata bevve soltanto 1|2 litro di vino; e verso sera, si lagnava di congestione e cefalea: cominciò a parlare confusamente, telegrafò a suo fratello di andar subito da lui, poi si mise a dormire, a dormì fino alle 2 del mattino. Alle 3 di mattina del giorno 21 fu preso da mania furibonda. Aveva delirio persecutorio, riconosceva ostilmente chi lo circondava, rompeva. All'ammissione, il 21 di sera, grida, urla, minaccia gl'individui che, secondo lui, lo circondano con intenzioni ostili.

Il malato è di media statura, molto grasso, congesto. Toni cardiaci deboli. Area cardiaca alquanto ingrandita. Polso molto piccolo (120-130), facilmente depressibile. Fino al giorno 25 si ebbe, colle iniezioni di 0,01-0,02 di morfina, il quadro di una mania grave, furiosa, con un'impronta speciale data dall'ideorrea, dal grande disordine, dall'aumentante disturbo della coscienza, dall'insonnia, che accusavano per lo meno un profondo stimolo cerebrale. Nessuna remissione, ma semplicemente calma periodica da esaurimento, senza lucidità. Nutrizione scadente.

Il 25 si ebbe nuovamente la temuta esacerbazione in delirio acuto. Col crescere del disordine e del disturbo di coscienza, apparvero dei fenomeni motori irritativi in forma di scosse violente, di movimenti senza scopo in tutto il corpo, respiro affannoso, sbuffante, rotazione del capo e infossamento del medesimo dentro il guanciale, contorcimenti del viso, opposizione dei denti per rifiutare il cibo.

Riposo forzato in letto, vescica di ghiaccio e quattro mignatte dietro le orecchie per vincere la forte flussione.

26. Dorme alcune ore: i movimenti coatti sono di poca entità. Stupore, grande sensibilità agli stimoli luminosi. Miosi. Turbamento profondo della coscienza, viso turgescente, flussionato. Polso molto piccolo, a 120. Lingua arida. Tendenza al decubito. Di quando in quando movimenti coatti e sussulti.

27. Notte calma ma polso molto piccolo a 132; è esaurito, leggermente stuporoso. Temp. 38,6, di quando in quando si osservano movimenti disordinati e forzati. Vino.

Dal 28 in poi sopore, portamento cascante; talvolta esistono dei dolori al viso. Polso filiforme di 120-130. Temp. 36 al retto.

Il 1° ottobre alla mattina alle 5 ebbe ancora un accesso di agitazione incosciente con grande disorientamento.

Alle 5 1|2 morì improvvisamente con fenomeni di sincope cardiaca e con contrazioni convulsive delle dita.

Sezione. — Cadavere ricco di grasso. Decubito. Cranio brachicefalo. Conservata la diploe. Dura fortemente distesa. Seno riempito da sangue fluido. Meningi molli fortemente opacate ed ispessite. Numerose le granulazioni pacchioniane. Pia iniettata di sangue. Opacamento lattescente lungo

i vasi. Cervello un po' espanso, rammollito, iniettato finamente tanto nella sostanza corticale che nella midollare. Corteccia, massime ai lobi frontali e negli strati più esterni dei lobi occipitali, colorita in grigio-bluastro.

Ventricoli non dilatati.

Ipostasi in entrambi i polmoni. Cuore flacido. Miocardio pallido, friabile, molto grasso. Fegato noce moscata. Stomaco molto dilatato e mammellonato.

Osservazione CIII.

Delirio acuto in bevitrice. Guarigione.

Haas, 44 anni, possidente, vedova da due anni, derivata da una madre dedita all'ubbriachezza. La zia e il cugino erano imbecilli. Fin dalla giovinezza era molto irritabile e dedita all'ubbriachezza.

In seguito alla morte del marito ebbe molti dispiaceri per la successione.

Il 3, 6, 78, di sera, era coricata dopo un eccesso alcoolico; nel cuore della notte si alzò e cominciò a gridare: « Son tutti qui, dammi un coltello ehe io mi tagli il collo ». Poi si credeva nell'acqua e temeva di annegare. Non dormì più e delirò sempre di morire, che tutto doveva esser sconvolto ecc.

Il giorno 6 si praticò con un rasoio una profonda ferita nella lingua. Poi fu agitata, ansiosa, atterrita; rimase raccolta in un cantuccio come se vedesse cose spaventevoli.

All'ammissione, avvenuta l'8, 6, 78, ebbe profondo disturbo della coscienza, delirio disordinato di imperatori, diavoli, serpenti, coltelli. Grida, logorrea, atti impulsivi, sospiri, sbuffi, visacci e movimenti indecenti.

Al suo ingresso è mestruata; è di media statura, robusta, piena di contusioni. Pupille mediocremente dilatate, tarde a reagire, temp. 38. L'angolo boccale sinistro è paretico. Pols. 96, polso tardo, facilmente compressibile. Organi vegetativi normali. La notte del 9 la malata fu insonne, delirante. Le mestruazioni cessarono. Temper. 38,5, puls. 120. Furono applicate quattro mignatte alle apofisi mastoidee per togliere la flussione e fu intrapresa la cura sottocutanea dell'oppio. Con 0,03 di questo rimedio dormì, e il giorno 10 era calma, ma la temperatura salì fino a 40,1. La terapia oppiacea (da 3 a 4 volte al giorno, 0,01) fu continuata. Vescica di ghiaccio.

L'11, 6, dormì soltanto due ore. Violento scrosciare dei denti, infossamento del capo nei guanciali, verbigerazione, tentativi di graffiare gli

oggetti e le persone. Profondo disturbo della coscienza, delirio disordinatissimo. Temp. 39-39,2, puls. 100. Urina acida; peso specifico 1032. Molta albumina.

Fino al 17 fu immersa in un profondo delirio con disturbo della coscienza, eccezione fatta di alcuni brevi periodi di pausa da esaurimento. Tutto brucia, essa è nel fuoco, i suoi bambini vengono affogati. Talvolta viene il sonno per 2-4 ore. I fenomeni motori irritativi perdurano sotto la forte congestione. Il malato decade notevolmente di forza, con qualche fenomeno di collasso, le pulsazioni raramente rimangono sotto 100, il polso si fa piccolo, compressibile, alle natiche si forma il decubito. La temperatura oscilla fra 39 e 39,6 (vino).

Dal 18 in poi la malata divenne calma, dormì più spesso e più a lungo, la temperatura oscillò fra 38,5 e 39,6. I movimenti coatti scomparvero, il delirio e la verbigerazione comparvero soltanto per delle ore.

Dal 25 in poi si accentuarono delle remissioni profonde con rischiaramento della coscienza, la temperatura non sorpassò 37,5. La malata fece uso di un'abbondante nutrizione. Il decubito non si estese. La malata è grandemente istupidita, debole, abbattuta (decotto di china).

Del 17 in poi divenne lucida, orientata sulla sua posizione, dormì intere giornate; mentalmente è esaurita, molto facile a commuoversi, non sopporta il menomo rumore. Durante il mese di giugno si rialzò perfettamente nel corpo e nella psiche. Il decubito guarì. Di tutta quanta la sua malattia conserva appena un ricordo sommario.

Osservazione CIV.

Delirio acuto.

Mesaritz, donna di 37 anni, nata da padre ubbriacone; lo zio paterno era imbecille. La malata crebbe sana, si maritò nel 1863, partorì fino al 1874 quattro bambini senza inconveniente di sorta; ma al quarto puerperio ammalò nel 1874 di melanconia senza delirio; fu condotta all'ospedale il 10, 7, 75, al terzo mese della quinta gravidanza, in causa dell'aumento della melanconia; fu licenziata guarita il 5, 9, 75. Partorì bene, allattò una mezza annata. L'1, 7, 77, slattò il bambino. Il 3, 7, divenne fiacca, ansiosa, confusa, insonne, presentò convulsioni con pose demoniache. Il 5 furono applicate dodici mignatte. Allo stupore tenne dietro un delirio violento.

Alla sua ammissione, avvenuta il 6, ebbe mestruazioni profuse (segale), delirio da inanizione (esaurimento profondo, nutrizione scaduta, allucinazioni visive).

Alla metà di luglio guarigione improvvisa. In seguito si sentì bene. La morte del marito avvenuta il 28, 2, 78, fu da lei profondamente risentita. Il 2, 3, diviene insonne, accusa vertigini, cefalea, è irrequieta, ora giovialissima, ora immersa nel più profondo dolore. Il 3 remissione notevole. Il 4, da capo colle anomalie alternantisi dell'umore e colle allucinazioni terrificanti di udito e di vista.

Il 5, 3, si manifestò con violenta cefalea un'alterazione profonda della coscienza.

All'ammissione, avvenuta il 6, 3, è mestruante. Profondo disturbo della coscienza, reminiscenza crepuscolare dei luoghi e delle persone. Delle fasi di stupore con rigidità si alternano con altre in cui essa canta, balla e mette tutto sussopra, in preda ad un'agitazione motorio-istintiva. Poi, a tratti, si manifesta un eccitamento ansioso, nel quale essa parla con suo marito morto, lo vede, gli rivolge dei rimproveri per averla lasciata sola, vede bruciata la sua casupola, tratta ostilmente quanti la circondano.

La malata è apirettica, le pupille sono dilatate. Anemia considerevole, nutrizione scadente. Fino al 9 il delirio, la grande confusione, il disturbo della coscienza e della memoria parlavano per una malattia seria, ma nè la flussione, nè la febbre, nè i disturbi motori irritativi giustificavano la diagnosi di delirio acuto.

Il 9, 3, appunto col cessare delle mestruazioni, la scena cambiò. La malata manifesta una flussione violenta, si aggira forzatamente intorno al suo asse longitudinale, si vede circondata da fiamme, nel fuoco dell'inferno, si taglia gli abiti e cerca di spegnere il fuoco. A periodi di ore si osservano delle remissioni profonde con conoscenza di chi l'avvicina. Sono degne di nota in questi periodi di remissione le parole patetiche, le pose teatrali che giungono fino alle forme dell'estasi. È durevolmente insonne. Dopo una remissione più considerevole insorse il giorno 10 un violentissimo stato di eccitamento con flussione, durante il quale essa batte il capo contro le pareti, urla, verbigera, fa visacci, lascia osservare strabismo e nistagmo. Temp. 37, puls. 100 (vescica di ghiaccio). Dopo una mezz'ora, col cadere della flussione, si fece calma, esaurita, con ciera turbata e atterrita. Di quando a quando digrignamento dei denti. Nessun ostacolo all'alimentazione. Dopo mezzogiorno si ripetè l'eccitamento.

L'11, 3, insonne, calma, esaurita, disturbo profondo della coscienza, contrazioni del viso. Temp. 38,4, lingua arida.

Il 12, 3, dopo un'iniezione di morfina (0,01), passò una notte calma. Temp. 39. Nel corso della giornata remissione profonda con discesa della temperatura a 38, che si conservò, colla morfina e le mignatte, fino al 16, 3. Rari e miti gli stati di esaltameuto flussionario, interrotti da re-

missioni profonde, con discesa della temperatura da 39 a 38. Il 16, dopo una notte calma, ebbe un'esacerbazione violenta; eseguiva movimenti strani colle mani, emetteva rumori dalla bocca, faceva visacci e via dicendo. Temp. 39. Puls. 84, polso celere, lingua secca, delirii assurdi di inferno, di fuoco.

Il 17, stato adinamico, coscienza notevolmente turbata, verbigerazione. Così se la passò sino al 20, con remissioni temporanee, costituite piuttosto da degli stati stuporosi di esaurimento (vino, china).

Il 20 la temperatura crebbe fino a 40,5, il polso andò a 128. Sudore viscido, estremità fredde, atassia generale, sussulti, rotazione intorno al proprio corpo.

Dopo mezzogiorno remissione notevole, vorrebbe vedere ancora una volta i suoi bambini: « oh come sarebbe bello essere in cielo col marito! ». Desidera di confessarsi, poichè essa deve morire in giornata. Vomita il pranzo e la cena emettendo anche alcuni elminti. Alle 9 di sera morte improvvisa.

Sezione. — Cranio di spessore ordinario, molto compatto, alquanto più spesso nel parietale destro. La dura madre è infiltrata di siero, le grosse vene sono turgide, piene di coaguli, le piccole mediocremente iniettate, solamente nella linea mediana leggermente opacate. Cervello rigonfio. Sostanza corticale punteggiata dai vasi iniettati, arrossata leggermente in certe zone. Cervello rammollito, sostanza bianca iperemica, irrorata da vasi turgidi e dilatati. Ipostasi polmonare. Cuore poco contratto, contenente un sangue oscuro, fluido. Miocardio flacido, pallido. Milza ingrandita del doppio, polpa grigio-pallida, molle. Midollo dovunque iperemico, ma specialmente nella sostanza grigia.

Osservazione CV.

Delirio acuto. — Cura ergotinica. — Guarigione.

Elena Baumann, di 37 anni, nubile, fu condotta il 25, 2, 82, alla Clinica Psichiatrica di Graz.

Deriva da un padre ubbriacone; soffrì di rachite, si sviluppò mentalmente assai tardi, imparò tardi a camminare e a parlare, mestruò a 17 anni con molti dolori; le mestruazioni furono in seguito regolari. Nessuna malattia grave, però fu sempre molto disposta alle congestioni ed intollerante per gli alcoolici. Alla metà di gennaio cambiò il suo servizio in uno più faticoso; sentì sempre più venirsi meno le forze.

Dal 18, 2, fu sempre disordinata e confusa, incapace al lavoro. Si lagnava di cefalea e lasciava in disordine il suo servizio. Per questo motivo fu licenziata dalla sua padrona il 24, 2; in seguito a questo fatto si accrebbe il disordine e alla sera cominciò a delirare. Fu trovata tutta rattrapita sul focolare, piangente, coi pugni sul viso, con grande paura di essere imprigionata.

Dopo una notte insonne e delirante, il 25, fra strepiti e pianti si accrebbe in modo cospicuo il disturbo della coscienza e il disordine. Riconosce paurosamente chi l'avvicina, esterna il timore, talvolta esprime anzi la certezza di esser pazza.

È apirettica, non congestionata, cranio idrocefalico, organi vegetativi senza reperto anomalo.

Il 27 e il 28 la malata rimase immersa in un grave disturbo della coscienza, con confusione delirante. Prevale sugli altri disturbi una disposizione d'animo irritabile, collerica, ansiosa; episodicamente però esiste erotismo ed indole patetica esaltata. Essa è in preda ad un processo illusorio-allucinatorio continuo, è insonne. Con 2 gr. di cloralio le notti dall' 1 al 3 decorsero alquanto tranquille.

Nei giorni 1, 2 e 3, le pulsazioni salirono a 110, la temperatura andò a 38,5. Grande disordine, grida ansiose, lamenti per i terribili spettacoli ai quali le tocca di assistere, perchè il diavolo non le lascia pace.

La notte dal 2 al 3 fu insonne, con eccitamento ansioso, collerico, grande turbamento della coscienza, lingua asciutta. Agitazione, logorrea. Temp. 39 fino a 39,5. Puls. 96-110 (camera oscura, 2 mignatte alle apofisi mastoidee, 2 volte al giorno 0,01 di morfina per via ipodermica, vescica di ghiaccio).

Il 3, 3, notte insonne, enorme agitazione, infossamento forzato della testa nei cuscini, movimenti continui e scosse alle braccia e alle gambe. Flussione violenta al capo. Prende cibo a sufficienza. Temp. 38,6-39; puls 110-135. Alla sera due mignatte.

4, 3. Fino a mezzanotte dormì alcune ore, poi ebbe di nuovo agitazione, con grida, contratture dei muscoli cervicali, proteste di non volersi lasciar uccidere. Temp. 39, puls. 120. Decubito. Persistendo colle iniezioni di morfina, si iniettò per due volte un grammo di ergotina di Wernich.

5, 3. Sonno, scomparsa della flussione e dello stimolo cerebrale. Temperatura 38,5. Puls. 96, la lingua si fece umida. Esiste ancora un grave turbamento della coscienza. Verso sera di nuovo un po' di eccitamento e di flussione. Si proseguono le iniezioni di ergotina.

6, 3. Sonno tranquillo. Temp. 38, puls. 96. La coscienza accenna ad essere in via di rischiararsi.

Dal 7, 3, temp. 37,2-38, puls. 84-96. Scomparvero tutti i fenomeni irritativi e congestivi. La malata diviene lucida, cerca di orientarsi. La malata è sempre tuttavia enormemente esaurita nel corpo e nella mente ed ha un grande bisogno di riposo e di sonno; si sente come rotta in tutto il corpo, ottusa, intollerante al minimo rumore, accusa sensazioni alternantisi di caldo e di freddo, è molto emotiva, piagnucolosa, risente di quando in quando in modo doloroso la sua incapacità mentale. Quando essa chiude gli occhi, vengono i fantasmi e una turba di pensieri dolorosi. Col riposo in letto, la china, il vino, la buona nutrizione, i bagni tiepidi, si rialzò mentalmente e somaticamente. Alla fine di marzo poteva rimanere alcune ore fuori dal letto. A questo stadio subentrò uno di astenia cerebrale e spinale della durata di qualche mese, il quale scomparve durante l'estate per far luogo ad uno stato soddisfacente.

Alla sua dimissione, avvenuta il 28, 4, la malata conferma l'anamnesi già nota, specialmente le sovreccitazioni e le fatiche del servizio. Essa fin dal 20, 2, non ebbe più pace, non dormì mai più bene, risentì sempre una confusione aumentante ed un malessere al capo. Dopo il suo ingresso il 24, 2, divenne ansiosa, paurosa, non si ravvisava più.

Di tutto il resto fin verso la metà di marzo, essa possiede soltanto un ricordo sommario: — essa era nell'acqua, Graz era in fiamme; camminava in ferrovia, vedeva guerre, assassinii, il diavolo, bruciava nella nuca, sentiva cantare, temeva di essere uccisa.

APPENDICE

Arresti nello sviluppo psichico — Idiozia e Cretinismo (1).

Alle malattie mentali propriamente dette va unito un gruppo di disturbi psichici funzionali, il quale è caratterizzato essenzialmente da ciò che per un processo organico:

1) La vita psichica è compromessa in *toto*, ma prevalentemente nelle sue funzioni intellettuali;

2) Questa lesione si verifica prima che il cervello abbia raggiunto il suo completo sviluppo e quindi viene ad alterarsi la capacità psichica ulteriore;

3) A questa anomalia psichica funzionale, spesso si accompagnano dei sintomi somatici di turbato sviluppo, i quali sono riferibili in parte ad un'alterazione patologico-anatomica comune, che si presenta con disturbi psichici, od anche collegarsi alla stessa causa.

(1) Sthal, *Beiträge ecc.*, *Erlangen 1848;* Wunderlich, *Pathol.*, II vol., parte 1, pag. 1397 (letteratura); Griesinger, *Path. und Therapie der psych. Krankheiten,* p. 352; Zillner, *Med. Jahrb.* XI, 1866 *(Schmidt's Jahrb.* 1867, n 4*);* Schule, *Handb.* p. 344. Specialmente intorno al cretinismo: Maffei e Rösch, *Untersuch. über Cretinismus*, *Erlangen 1844;* Morel, *Traité des dégénéresc.* p. 664; Rösch, *Deutsche Zeitschr. f. Staatsarzneikunde 2855*, p. 338; Krauss, *Der Cretin vor Gericht, 1853;* Lombroso, *Il Cretinesimo in Lombardia, 1859.*

Noi comprendiamo nel gruppo degli arresti di sviluppo psichico l'idiozia colle sue innumerevoli gradazioni, dalla demenza congenita più profonda, dall'imbecillità come stadio intermedio, fino agli stati che più si accostano alla vita normale, caratterizzati da leggerezza mentale.

Come sottodivisione dell'idiozia sono da considerarsi certi stati di debolezza psichica congenita, nei quali al disturbo psichico motivato da speciali alterazioni, decorre parallela una degenerazione corporea intensa ed estesa. Questi stati corrono sotto il nome di *cretinismo;* raffigurano quindi una varietà di idiozia, la quale rappresenta il genere. Una varietà etiologica speciale del cretinismo noi l'abbiamo nella forma alpina.

Le cause dell'idiozia possono rinvenirsi:

1) *Nella vita fetale;*

2) *Durante la nascita;*

3) *Dalla nascita fino alla pubertà.*

1. Fra le cause che si rendono significative fin dal momento della generazione od anche durante la vita ovulare, si deve tener conto di certi fattori degenerativi per parte del generatore, i quali condussero ad una cattiva conformazione del cervello e del cranio. Queste anomalie anatomiche consistono in una sinostosi abnorme e precoce delle suture del cranio e nel successivo arrestato sviluppo del cervello, o in arresti di sviluppo indipendenti di questo organo o delle singole sue parti, che hanno grande importanza nella formazione dei processi psichici.

Fra questi momenti ereditarii degenerativi per parte dei genitori la statistica attribuisce un'importanza speciale all'epilessia, alle malattie cerebrali, segnatamente alle psicosi, ai matrimoni contratti fra consanguinei, all'ubbriachezza. Già, dopo gli studi di Rösch e Flemming, è noto che anche per parte di genitori in nessun modo organicamente disposti, possono essere procreati degli idioti, qualora l'atto generativo coincida coll'ubbriachezza.

Fra i momenti meno sicuramente stabiliti sono da ricordarsi il grande esaurimento mentale del generatore, l'inanizione e

l'alto grado di anemia, le emozioni della madre durante la gravidanza, le scosse del corpo della madre, massime i traumi all'addome. Che anche la sifilide abbia la sua importanza in questo campo, lo insegna un caso comunicato da Guislain (*Leçons orales* II. p. 93), risguardante un uomo, il quale procreò durante la cura mercuriale per sifilide, un figlio che fu demente fin dalla nascita, mentre tutti gli altri figli avuti prima e dopo, furono sempre sani e normali mentalmente.

Ad onta che queste influenze nocive siano insite nel germe, può tuttavia accadere che le malattie cerebrali consecutive, le quali conducono all'idiozia, si manifestino soltanto dal 3° al 7° anno dopo la nascita.

Oltre a questi momenti nocivi che colpiscono la vita fetale, sono da annoverarsi i momenti tellurici, ai quali in gran parte deve attribuirsi il cretinismo endemico ed alpino. Queste influenze nocive speciali di ordine tellurico, non sono però esenti da qualche dubbio. Verosimilmente esse consistono in un'eccessiva umidità del suolo o dell'atmosfera, dovuta all'esuberanza d'acqua in una data contrada, alla molta nebbia, alla situazione molto elevata dell'acqua sorgiva, forse anche per la ricchezza del suolo in sali di magnesia (Hirsch).

Le località più colpite da questo flagello endemico sono le più elevate catene di monti del nostro pianeta e le loro dipendenze; così in Europa le Alpi, in Asia l'Himalaya, in America le Cordigliere. Che l'influenza nociva in questione agisca fin sulla vita fetale e non soltanto dopo la nascita, lo prova il fatto che il cretinismo si trasmette ai discendenti; ed anche quando il bambino fu allontanato dal luogo dell'endemia, educato e cresciuto altrove, seguita il difetto psichico a trasmettersi in modo decrescente, finchè la lontananza per alcune generazioni dal luogo dell'endemia e l'incrociamento con famiglie sane, cancellano gradatamente le ultime tracce del cretinismo.

Il solo incrociamento della razza non estingue il cretinismo, ma è necessaria la lontananza assoluta della famiglia dal luogo dell'endemia. Ciò trova controllo nell'altro fatto che dei geni-

tori sani recatisi nei luoghi endemici, possono procreare dei figli cretini. Del resto due generazioni di cretinismo di alto grado non si succedono poichè gli uomini sono quasi sempre impotenti e le donne sterili.

Dove il cretinismo è endemico, è decisamente l'espressione di momenti degenerativi, le cui tracce si tradiscono anche nelle popolazioni non cretine sotto aspetto di poca durata media della vita, deficiente funzionalità mentale e corporea, diminuzione della fecondità, aumento nel per cento delle costituzioni viziate, delle malattie nervose e mentali.

2. Durante la nascita le influenze nocive traumatiche possono agire sul cervello del feto e condurre all'idiozia, come ad es. nelle distocie per ristrettezza di bacino, nei parti forzati con applicazione di forcipe, nell'urto forte del capo contro le parti ossee trattandosi di parti precipitosi (1).

3. Nel maggior numero dei casi hanno valore però quelle influenze nocive attraverso alle quali passiamo tutti, che si verificano dopo la nascita, negli anni della puerizia. Esse sono straordinariamente molteplici.

Anche qui sono da annoverarsi le offese al capo.

Così Mitchell trovò (*Edinb. med. Journ.* 1866, aprile, p. 932) che nel 2 0|0 di tutti gl'idioti della Scozia, la loro malattia era da attribuirsi ad influenze nocive esterne, fra cui in prima linea dovevano porsi i traumi al capo.

Anche Köstl (*Endem. Cretinismus* 1855, p. 95) parla di 48 casi di imbecillità in bambini, la cui malattia doveva attribuirsi esclusivamente ad un trauma al capo.

Hanno un valore non dubbio anche i miasmi delle case e delle stanze, che si notano specialmente nelle abitazioni dei proletari delle grandi città che difettano di aria e di sole, il sudiciume, l'agglomeramento delle abitazioni e delle persone, cause tutte che possono dar luogo all'idiozia e al cretinismo sporadico. Fra le altre cause si debbono annoverare le ipe-

(1) Mitchell, *Medic. Times and Gaz. 1862*, 26 luglio; Ramsbotham, *id.* 19 luglio.

remie del cervello per soverchia copertura del capo, per dormire col fuoco acceso, per abuso degli oppiati e dell'acquavite come mezzo sonnifero (Griesinger).

A ciò si debbono aggiungere i cattivi trattamenti, l'impulizia del corpo dei fanciulli, la nutrizione deficiente, l'esaurimento del corpo infantile per influenze nocive d'ogni genere, e finalmente le malattie acute gravi, massime gli esantemi acuti, le complicazioni cerebrali e più tardi l'epilessia e l'onanismo precoce. Negli individui disposti ereditariamente, una malattia cerebrale venuta nella pubertà, può senza alcun altro motivo apparente (iperemia, edema infiammatorio) portare ostacolo all'ulteriore sviluppo del cervello e produrre una regressione nel grado già raggiunto dello sviluppo psichico. Rimane cioè uno stato duraturo di indebolimento mentale fino alla demenza.

Per quanto riguarda i processi patologico-anatomici dell'idiozia, si può dire soltanto che questi di rado decorrono acutamente, per lo più cronicamente e consistono in disturbi congestivi, infiammatori o nutritizi del cervello, delle meningi ed assai spesso anche del cranio.

Ma tuttavia un reperto unitario negli organi centrali non è proprio a questi stati, e neppure al cretinismo alpino; però si può dire in generale che le cause del cretinismo risiedono primieramente nelle anomalie del cranio.

Macroscopicamente noi troviamo come cause dell'idiozia: atrofia cerebrale diffusa o parziale, per iperemia, infiammazione o focolai di rammollimento del cervello, ematomi delle meningi, idropi della aracnoide, idrocefalo interno. Queste alterazioni provengono non di rado da influenze nocive calorifiche (rimanere abitualmente vicino al fuoco, camere molto riscaldate, copertura soverchia al capo, insolazione) o da ostacoli al respiro o al circolo in seguito a malattie degli organi respiratori e circolatori, gli stravasi nelle meningi si verificano durante l'atto del parto, ovvero sono complicazioni di malattie acute.

Le anomalie delle ossa craniche consistono, per lo più, in sinostosi precoci.

L'esame microscopico del cervello degli idioti ha dato finora i seguenti risultati: impiccolimento delle cellule gangliari della corteccia con opacamento delle masse intergangliari, limitazione della circolazione nella corteccia, per obliterazione di molti tronchi capillari aventi sbocco immediato nelle vene.

Se si considerano da vicino questi diversi processi macro- e microscopici, essi consistono sopratutto in arresti di sviluppo al cervello o in residui di antichi processi morbosi.

1) Abnorme piccolezza di tutto quanto il cervello in tutti i suoi diametri. Qui si tratta di un semplice arresto nell' incremento, di un cervello in miniatura, il quale pel resto è proporzionato in tutte le sue parti, ma talvolta può esser disugualmente sviluppato in qualcuna di esse.

Si dànno altresì dei casi in cui ad un volume abbastanza normale va congiunta una grande semplicità delle circonvoluzioni della sostanza corticale. La causa di questo arresto in toto dell' incremento del cervello, può non di rado essere devoluto ad un' ossificazione intensa e precoce del cranio; però si dànno anche dei casi in cui le suture rimangono aperte e in cui la causa dell' arresto nello sviluppo del cervello risiede nel cervello stesso. In questi casi il cranio è spesso abnormemente ispessito, oppure esiste idrocefalo od anche sclerosi del cervello.

L' incremento del cervello e quello del cranio stanno fra di loro connessi con certi rapporti, ma però si svolgono, in gran parte, indipendentemente.

2) Cervelli con impiccolimento parziale. Quest' alterazione può interessare i lobi frontali, gli occipitali; si può trattare altresì di un arresto nell' incremento di uno degli emisferi in seguito a una sinostosi cranica unilaterale, di uno sviluppo originario difettoso o di un processo encefalitico ed apoplettico. Altri reperti sono l' impicciolimento del midollo allungato e la disuguale grandezza ed assimetria delle arterie basilari. Talvolta l'atrofia si estende anche al midollo spinale; può anche darsi che sia aperto il canal centrale del midollo.

3) La così detta poroencefalia (1), anomalia che consiste nella mancanza di una grande porzione delle circonvoluzioni e del centro semi-ovale, talchè dall' esterno si vede il ventricolo attraverso una lacuna. Questa cavità è riempita da una grande quantità di siero, chiusa in una vescica formata dall'epeudima e dalla pia madre.

Talvolta anche il cranio nella località affetta mostra un' escrescenza a guisa di borsa. Questo processo non sembra derivare da un arresto di sviluppo, ma da una malattia distruttiva (per lo più fetale). Esiste per regola in questi casi paralisi e contrattura dal lato opposto.

4. Mancanza di certe parti, come il cervelletto (2), la glandula pineale, il ponte (3).

5. Un reperto assai frequente è finalmente l' idrocefalo congenito od acquisito nei primi anni, massime con apertura delle fontanelle e con macrocefalia. È per lo più primitivo; talvolta avviene secondariamente ex vacuo, per atrofia di certe parti.

6. Processi encefalitici, a focolaio o diffusi, specialmente con sclerosi cerebrale consecutiva ed atrofia delle località affette.

Questi processi avvengono, nella vita fetale e dopo la nascita, fino all' età di cinque anni. In questi casi l' idiozia è accompagnata per lo più da emiparesi, contrattura, spesso anche da epilessia (Griesinger).

Nei molti casi in cui un bambino, fino allora bene sviluppato, ammalò di febbre, con convulsioni e delirio, nell' epoca della dentizione, e poi guarito divenne idiota, sono da ammettersi:

a) Processi congestivi e persino infiammatori alle meningi, al che si unisce spesso l' idrocefalo (4).

(1) Heschl, *Prager Vierteljahrschrift 1859;* Kundrat, *Die Porencephalie, Graz 1882.*

(2) Hitzig, *Ziemssen Handb.* xi. p. 476.

(3) Sander, *Archiv. f. Psych.* i. p. 128.

(4) V. Huguenin, *Ziemssen Handb.* xi. p. 424.

b) Encefalite, la quale, dopo cessato lo stadio acuto accompagnato da ipertrofia cerebrale, arrestò lo sviluppo del cervello nello stadio in cui era.

Questo ultimo processo è da sospettarsi specialmente quando una metà del corpo rimane arrestata nel suo sviluppo, quando sopraggiungono delle convulsioni, delle paralisi, delle contratture unilaterali (Griesinger).

7. Sono rari i casi in cui il cervello si mostra totalmente ipertrofico (Virchow, Baillarger, Robin).

8. Rarissime volte come anomalia unica si osserva una sorprendente ricchezza in sostanza grigia e persino uno sviluppo eterotopico della medesima (1) in luoghi dove normalmente non se ne trova punto, come ad esempio nel centro ovale degli emisferi.

Le anomalie che interessano il cranio sono secondarie, come quelle che vennero discorse finora, o primitive.

Le prime sono causate da un arresto nell' incremento del cervello in tutte od in alcune sue parti. In questo caso le suture corrispondenti all' anomalia interna si chiudono e si ossificano in modo abnorme e precoce, e da ciò deriva un impiccolimento generale o parziale del cranio.

Le anomalie craniche primitive le quali c' interessano capitalmente, riguardano la volta cranica o semplicemente la base, od entrambe. Si tratta di un arresto nell'incremento dell'osso, in seguito a disturbi nutritizi e infiammatori alle suture (Virchow, Welker), con sinostosi precoce successiva, o in seguito a nutrizione insufficiente delle ossa del cranio per obliterazione precoce dei loro vasi (Gudden).

Per una parte di queste anomalie craniche, L. Meyer mette sott'occhio (*Archiv. f. Psych.* v, p. 1), con ragione, l'esistenza di un processo rachitico. Con questo si spiegano le molte varietà di anomalie craniche con o senza sinostosi suturale, (dolico-lepto-sfeno-clino-brachi-oxicefalia).

(1) Hitzig, *Ziemssen Handb.* xi, p. 759; Virchow, Simon, Meschede.

Se l'arresto di sviluppo del cranio è graduato e proporzionato, allora si ha la microcefalia semplice, con un cranio nel resto totalmente proporzionato. Se questo arresto colpisce soltanto la volta e non la base, si ha un tipo tutto unico nello sviluppo del corpo, del viso ed anche della vita psichica, il così detto tipo degli Aztechi. Sono questi dei microcefali, i quali rimangono bensì assai piccoli, ma sono tuttavia proporzionati e, secondo le circostanze, possono anche avere forme corporee eleganti. La radice del naso è per lo più situata molto in alto, talchè la fronte si continua addirittura col naso (Griesinger).

Gratiolet ha studiato alcuni casi, i quali lasciavano osservare un cranio molto piccolo con ossa molto spesse e con sinostosi alla calotta; al contrario la base del cranio era assai poco ossificata, le ossa basilari erano ancora quasi del tutto cartilaginee, la parte petrosa e la cribrosa più grandi del normale, lo spazio pel cervelletto straordinariamente esteso in tutti i sensi. In corrispondenza con questo fatto, il cervelletto, il midollo allungato e il midollo spinale erano fortemente sviluppati; e così pure gli organi dei sensi e i loro nervi; mentre la superficie del cervello, più o meno secondo i casi, mostravan così poche circonvoluzioni da potersi paragonare con quella dell'Orang-Utang.

A questo enorme sviluppo delle parti del cervello prevalentemente destinate alle vie motrici, in opposizione coll'arresto nei centri psichici, corrisponde anche la vita psichica. Sono delle creature estremamente vivaci, le quali si muovono agili come gli uccelli, e i cui movimenti sono perfettamente coordinati. Essi sono di un umore gaio, facilmente eccitabili, curiosi, facili a passare al malumore, quasi privi di attenzione e di mente assai debole, quantunque certuni possano parlare ordinatamente.

Griesinger li paragona agli uccelli, e infatti per il loro capo breve e appiattito, il loro naso a punta con radice situata in alto, e per gli occhi molto mobili, ricordano bene la fisonomia degli uccelli; Lombroso li paragona ai rosicchianti.

Tutto l'opposto di questi casi è la forma sinostosico-basilare, cagionata da ossificazione primitiva e precoce delle sinfisi cartilaginee della base, come avviene spesso, ma non esclusivamente, nel cretinismo alpino ed endemico. Nella vita fetale si trovano notoriamente tre dischi cartilaginei, vale a dire fra le ossa cuneiformi anteriori e posteriori, e fra l'osso cuneiforme e l'osso basilare.

I due primi sono pressochè senza importanza e si ossificano normalmente subito dopo la nascita.

La sincondrosi fra l'osso cuneiforme e il basilare si ossifica invece soltanto al 15° anno, in certi individui anzi soltanto al 20°; cosicchè la base del cranio ha per lo meno 15 anni di tempo da crescere nella direzione del *clivus*. Se quest'ossificazione si verifica presto, allora si fissa un tipo, il quale è normale soltanto nella vita fetale e con tutte le caratteristiche del cretinismo, vale a dire:

Incurvatura maggiore della base del cranio verso l'alto, angolo di congiunzione minore dell'osso cuneiforme coll'osso basilare, *clivus* più ripido.

Così si forma una fisonomia assai caratteristica, il contrapposto del tipo degli Aztechi, col dorso del naso aperto, profondamente impiantato, con radice nasale assai larga, con occhi distanti fra loro, orbite larghe ma poco profonde, zigomi e mascelle sporgenti (prognatismo).

Altro reperto è quello di una situazione più piana e più trasversale delle diverse porzioni della grande ala dello sfenoide, e quindi anche della fossa cranica media, con che si crea un'azione essenzialmente arrestatrice all'incremento del cervello anteriore e medio (Griesinger).

La sinostosi tribasilare è quindi, dal punto di vista anatomico, una modalità speciale delle forme di cretinismo e massime del cretinismo alpino; ma non è, tuttavia, questa l'unica deformità cranica che serva di base a quelle forme; bensì, tutte le altre varietà possibili di anomalie craniche possono condurre allo stesso risultato.

Assieme a questi arresti nella formazione, decorrono deformità scheletriche di altra guisa, come pure sono di regola i processi degenerativi in altre parti del corpo.

Talvolta si trova anche il nanismo, che si rileva anche dall'ossificazione precoce delle cartilagini epifisarie. Il capo è, per regola, proporzionatamente grande, colle linee del viso invecchiate; è impiantato su un corpo piccolo, spesso anzi infantile: labbra grosse, palpebre cadenti, circinnate, naso profondamente impiantato e largo alla base, costituzione debole, cascante, con tendenza all'ipertrofia della pelle e del tessuto adiposo. Per regola si nota anche degenerazione strumosa delle glandule.

La vita psichica, contrariamente a quanto avviene nel tipo degli Aztechi, ha un carattere apatico torpido; i processi mentali possono essere ridotti a nulla; la parola può mancare del tutto.

Determinazione clinica dell'Idiozia.

Per la determinazione clinica dell'idiozia e del cretinismo deve anzitutto essere preso in considerazione lo studio dei veri e più importanti disturbi funzionali nel campo psichico. Una divisione secondo il grado dell'infermità mentale è difficile ad eseguirsi in questi stati, tanto individualmente variabili.

Grossolanamente si possono distinguere gl'idioti veri dai semiidioti (imbecilli), e così pure i cretini dai semicretini. Il tentativo di una suddivisione ulteriore si può modellare sullo stato del linguaggio, considerato come il più importante criterio dello sviluppo psichico e della capacità allo sviluppo stesso. Così Krauss distingue (1):

1) Come grado più profondo di idiozia lo stato *apsichico* (Sinnlosigkeit), in cui la parola manca del tutto, oppure è ridotta semplicemente ad un suono inarticolato.

2) *Demenza:* qui la parola è scarsamente sviluppata, il vocabolario è povero e ridotto alla sfera dei semplici bisogni materiali della vita.

(1) *Der Cretin vor Gericht 1853.* v. Kussmaul, « *Störungen der Sprache* », p. 220. Meyer, *Arch. f. Psych.* v, p. 4.

3) *Ottusità* (Stumpfsinn): la parola qui non è più frammentata, ma si eleva alla costruzione di un periodo semplice; ma quantitativamente e qualitativamente rimane allo stadio infantile e legata a una rappresentazione sensibile.

4) *Debolezza psichica* (Schwachsinn): la parola qui diviene più ricca e si avvicina a quella dei soggetti normali; ma però è sempre un po' povera e lacunare, non sì tosto si esce dagli argomenti più comuni.

Dal nostro punto di vista clinico, basta perfettamente distinguere due stadii, vale a dire quello della *demenza*, in cui manca sopratutto la capacità alle rappresentazioni ultrasensibili (idee, giudizi) e quindi manca il vocabolario corrispondente, — e quello della *debolezza psichica*, in cui la detta facoltà è concessa, quantunque in misura limitata, ma non raggiunge mai l'altezza e i confini delle menti normali.

Sintomi psichici. — Nel grado più profondo della demenza mancano quasi completamente i processi mentali. La percezione delle impressioni sensitive si limita al solo obbietto di soddisfare il bisogno di nutrirsi e soltanto il bisogno risentito di saziare la fame conduce queste organizzazioni inferiori ad un movimento istintivo, al quale manca lo scopo cosciente. L'istinto sessuale manca del pari, oppure è appena abbozzato. La soddisfazione dell'istinto della conservazione di sè stesso è il perno di tutti i processi psichici. Invece di un istinto cosciente collegato con uno scopo pensato, esiste semplicemente un moto istintivo, il quale si estrinseca sempre per eccitamento esterno o per un forte bisogno ed ha tutti i caratteri di un esercizio meccanico indirizzato dall'abitudine.

Il demente mantiene una calma indolente, perchè gli mancano i motivi al movimento.

Nel grado più profondo di questo stato, nella demenza apatica, dove sopratutto non si forma nessuna rappresentazione sensoriale, il lato motorio della vita si limita ai soli movimenti riflessi e ad atti automatici, ai quali si può, tutto al più, aggiungere una certa tendenza motoria per soddisfare l'istinto della nutrizione. Nella soddisfazione istintiva di questo, il demente

però non è in grado come l'animale di sciogliersi il suo nutrimento. Senza nessun discernimento, porta alla bocca tutti gli oggetti dei quali riesce ad impadronirsi.

Queste organizzazioni basse sono assolutamente prive d'ogni precauzione, come il neonato. Questi individui morrebbero senz'altro di fame, qualora non fossero l'oggetto delle cure altrui.

La mancanza dell' incitamento psichico dà all' imbecille di grado avanzato un' impronta caratteristica di goffaggine e di mancanza d' energia in tutto il suo portamento, che deriva anche dal fatto che i muscoli estensori sono meno innervati che negli individui normali. Anche senza che preesistano paralisi ed insufficienze muscolari, la deambulazione e il contegno hanno perciò qualche cosa di pesante, di goffo, di cascante. Per quanto diversi siano gli stadii della demenza, esiste sempre il limite che la distingue dalla debolezza psichica e consiste in ciò che le rappresentazioni ideali semplicissime e lacunari non possono essere promosse senza gli elementi sensorii, nè arrivare alla formazione delle idee astratte, dei concetti e dei giudizi.

Anche la riproduzione delle idee, quando pure ha luogo, è incompleta, perchè tien dietro soltanto ad un incitamento esterno o ad un bisogno sentito. Tutta quanta la serie delle idee decorre perciò in modo puramente meccanico come se si formasse originariamente.

Il demente completo non è capace di un'emozione. Simpatia, sentimenti sociali sono a lui sconosciuti, nè mai egli sente il bisogno della vita sociale; egli fruisce, soltanto, dei suoi benefici senza comprenderne eticamente il significato. La reazione è possibile solo in una direzione, vale a dire quando l' io subisce una qualche contrarietà; egli reagisce, allora, cogli scoppii esplosivi dell' ira, i quali sono al di là di ogni misura, oltrepassano lo scopo e si esternano in modo brutale. Essi hanno l' impronta di veri parossismi di furore, e in essi la coscienza si estingue completamente e ne manca in seguito il ricordo. Talvolta si arriva anche a degli scoppi spontanei e persino periodici d' ira e di furore, sotto l' influenza di iperemie flussionarie del cervello, massime quando il cranio sia angusto.

Anche nell'indebolimento psichico si notano delle insufficienze dell'attività psichica.

Persino l'attività sensoriale lascia osservare dei difetti, in quanto che la percezione si rende più tarda, e molte impressioni sensibili sfuggono addirittura. Necessariamente scaturisce da ciò una minore ricchezza delle idee, anche perchè le stesse sensazioni già percepite non vengono completamente apprezzate come nei sani, e nello stesso tempo l'associazione e la riproduzione divengono tarde e lacunari.

La formazione dei processi ultrasensoriali e dei giudizi soffre di conseguenza e il giudizio per le cose non sensibili è unilaterale, oscuro e fortemente sottomesso ad influenze estranee. Lo scemo (Schwachsinnige) è credenzone, facilmente prende errore, non ha alcuna opinione propria, ma va dietro a quella degli altri. La modalità individuale, le riflessioni raffinate su un argomento gli mancano affatto ed è persino incapace, quando per caso abbia afferrato il punto di una questione, di esprimersi con parole adeguate.

La sua terminologia è sempre povera, non si tosto si oltrepassi il campo semplice dei sensi, mentre è capace di esprimersi in modo abbastanza adeguato nella sfera dei sensi.

La tendenza che è propria al sano, di indagare il fondamento e la natura delle cose gli fa completamente difetto; egli prende le cose come vengono, o al più manifesta qualche stupida sorpresa.

L'interessamento elevato, una mira tenace ad uno scopo, sono cose a lui estranee.

Nel soddisfacimento dei bisogni materiali più comuni della vita, l'esistenza psichica se ne va; il tempo per lui non esiste; non prova nessun piacere nell'occuparsi di cose astratte, che gli costano grande noia e preoccupazione. La stessa incapacità, che esiste nel campo intellettuale, si osserva anche nel campo etico. Lo scemo di mente è necessariamente egoista, apprezza ad esuberanza la propria persona e le proprie qualità, per il che è fatto segno allo scherno degli altri e diviene il bersaglio altrui.

Il bene e il male degli altri uomini non lo interessano menomamente; soltanto ciò che compromette la sua personalità provoca in lui degli affetti violenti, i quali poi sorpassano facilmente i limiti della norma.

I suoi affetti gai non hanno ombra di ritegno, quelli depressivi degenerano nella collera e nel disordine, cui facilmente tengono dietro gli effetti della paura, i terrori insensati.

Lo scemo di mente (Schwachsinnige) può essere un buon membro della società, poichè egli è capace di divenire un bravo e provetto artista, specialmente meccanico; a questo riguardo può anzi riuscire eccellente, qualora vi dedichi tutta la sua attenzione, senza subire distrazioni di sorta; ma però tutte queste attitudini scaturiscono come da una macchina, senza che l'individuo sia capace di cambiare il suo lavoro, di combinare qualche cosa di nuovo e di produrre. Egli non ha idee proprie, nè nuove, ma tira avanti sempre colla provvista delle conoscenze e dell'esperienza faticosamente acquistate.

Necessariamente gli manca l'attività, la spontaneità, la direzione normale ad uno scopo che si osservano nel sano; basta il più lieve ostacolo per smarrirlo; egli non può nulla superare; e tanta è la sua mancanza di fermezza che basta sia sconsigliato da una cosa perchè vadano a vuoto tutte le sue aspirazioni; come, d'altra parte, l'autorità degli altri facilmente lo conduce a commettere le cose le più assurde.

I giudizi più elevati e i concetti estetici e morali esistono a mala pena. In luogo di essi si hanno i giudizi morali degli altri, acquistati in modo semplicemente mnemonico e riprodotti automaticamente. Quasi tutte le idee estetiche, religiose e rette sono quindi soltanto sforzi di memoria e reminiscenze scolastiche, che si svolgono in modo embrionale e con grande ritardo.

Tuttavia il sentimento della giustizia e del dovere può essere abbastanza ben sviluppato, ma non è mai così profondamente radicato con sentimenti di carattere etico, come nel sano. Consiste piuttosto in un calcolo semicosciente, in un sunto dei

giudizi morali appresi dagli altri. Per conseguenza anche il pentimento per un'azione riconosciuta cattiva è superficiale.

Un fenomento interessante in una certa categoria di idioti consiste in certe attitudini singolari, istintive, paragonabili ad atti animali, in certe disposizioni artistiche che fanno tanto più stupire, in quanto che tutto il resto della vita psichica è profondamente assopito: si rivelano specialmente con grande attitudine al disegno, alla meccanica, alla musica. Accanto a questi casi singolari di disposizioni artistiche, se ne osservano altri in cui esiste una memoria sorprendente dei vocaboli e dei numeri.

Queste attitudini speciali non si trovano mai nell'idiozia accidentale, ma soltanto in quella che è basata sopra momenti ereditari degenerativi.

Sintomi somatici. — A questi disturbi delle funzioni psichiche altri se ne aggiungono in un gran numero di casi, i quali parlano per una lesione funzionale degli organi centrali.

Nel campo dei sensi più elevati si osserva spesso l'ambliopia, in seguito ad atrofia del nervo ottico o per retinite pigmentosa, poi cofosi, odorato imperfetto (in alcuni casi si trovarono atrofici i bulbi olfattivi), ageusi. Anche la sensibilità cutanea è non di rado ottusa, fino all'anestesia.

Spesso si ha lo strabismo, più raramente per spasmo che per paralisi dei muscoli dell'occhio; spesso esiste atassia nel campo dei muscoli della favella.

Si osservano molti disturbi motori di origine centrale alle estremità, così:

a) Convulsioni, ora parziali limitate alle dita, a un braccio, a una gamba; ora generali e coreiformi.

Sono frequenti anche le convulsioni epilettiformi: queste possono avere un duplice significato. O sono sintomi coordinati alla malattia psichica, e originatisi dalla stessa causa anatomica; oppure l'epilessia è il primo male ed ha avuto per conseguenza l'idiozia.

b) Tra le contratture si osserva il piede torto, il *caput obstipum,* la contrattura alla piega del ginocchio.

c) Sono frequenti gli stati paralitici.

Molti idioti gravi non possono nè star fermi nè camminare; in altri esiste difficoltà di conservare l'equilibrio quando camminano; si osservano anomalie dell'innervazione muscolare, paralisi parziali ed atrofie muscolari, che sono a considerarsi come distrofie spinali (per alterata innervazione dei centri trofici del midollo spinale), finalmente atassie e disturbi della coordinazione.

Molte di queste paralisi ed insufficienze muscolari sono cagionate dalla malattia cerebrale, alcune da un'affezione contemporanea del midollo spinale: talvolta si è osservato altresì diminuzione della contrattilità elettrica.

d) Sono da ricordarsi finalmente anche quei movimenti automatici ed impulsivi che talvolta si osservano, come pure i disturbi coreici, che secondo Schüle sono da considerarsi come l'espressione di un processo diretto di eccitamento dei centri psicomotori imperfettamente sviluppati.

Le funzioni sessuali accennano negli idioti ad anomalie profonde. Sono abolite totalmente negli idioti al più alto grado. I genitali sono spesso piccoli e rudimentali, le mestruazioni vengono tardi o non corrono.

Esiste impotenza e rispettiva sterilità. Anche negli idioti di medio grado gl'istinti sessuali sono debolmente sviluppati. Talvolta si osserva invece un ardore grande dei medesimi. Negli idioti di alto grado si osserva anche l'onanismo.

Fra le anomalie trofiche di origine centrale, dobbiamo annoverare il nanismo, la lingua grossa e carnosa, le labbra circinnate, i denti mal impiantati, facilmente estirpabili, come per regola si osservano nelle forme endemiche.

Sulla base degli arresti psichici di sviluppo si possono verificare le psicosi più diverse. Negli idioti, in relazione al grado profondo della malattia, ho osservato soltanto il furore maniaco. Nei scemi di mente (Swachsinnigen) io ho osservato le psicosi più diverse precisamente come nei sani, eccezione fatta della pazzia per idee fisse. Anche la demenza paralitica qui è rara. Sono frequenti le melanconie, specialmente sotto

forma di psicosi per spavento. Le più futili cause, ad esempio la presenza di un animale domestico, un brusco richiamo al dovere, ecc., possono far scoppiare la psicosi.

Il contenuto della coscienza in questo stato melanconico si obbiettivizza specialmente e spesso con idee deliranti religiose o demonomaniache. È comunissima la panofobia, massime nei primi tempi di ricovero nell'ospedale o nel manicomio. Questi melanconici scemi si calmano difficilmente, sopportano male l'isolamento, il quale perciò è da evitarsi accuratamente. In seguito alla deficienza intellettuale si hanno delle psicosi con delirio sistematico (melanconia, paranoia) clinicamente povero e in cui manca a questi imbecilli la terminologia necessaria per esternare convenientemente lo stato della loro coscienza. Le psicosi a fondo imbecillesco si risolvono più lentamente e più difficilmente che nei sani. La psicosi si manifesta, cioè, più grave tanto dal lato organico che psicologico; in essa le speranze sono minori, la prognosi è più infausta. Se la malattia si risolve, si osservano allora nella convalescenza degli stati di nostalgia, che spesso è causa di una dimissione precoce, la quale ad ogni modo dei due mali è il minore.

Decorso e Prognosi. — Relativamente al decorso, si può dire poco di generale in causa dei processi anatomici così variabili che servono di fondamento all'idiozia.

Spesso questi processi esistono già prima della nascita o si formarono nei primi tempi della vita, non progrediscono, ma lasciano dietro a sè uno stato di demenza stazionaria. Quando l'idiozia si sviluppa dall'epilessia o dall'idrocefalo, essa ha un decorso notevolmente progressivo ed i singoli gruppi di accessi epilettici o gl'insulti d'iperemia infiammatoria costituiscono gli stadii attraverso i quali passa la vita psichica fino al di lei completo decadimento.

Raramente la malattia cerebrale causale conduce, a sè e per sè, alla morte; però in seguito agli insulti idrocefalici, alle iperemie acute, all'atrofia cerebrale, alla meningite, ecc., gli idioti non hanno mai lunga vita, perchè il cervello loro è un *locus minoris resistentiæ* e sopratutto la capacità della resistenza

fisica è più debole che non negli individui non affetti da questa infermità.

Il cretinismo endemico è quello che dà le cifre più elevate in longevità, e tuttavia anche in esso sono una grande rarità i cretini di 60 anni. Talvolta si osserva un miglioramento durevole della matattia. Si tratta allora dei casi più leggeri che tengon dietro ad anemia od esaurimento, successivi a sovrapplicazione fisica o corporea o a masturbazione.

Terapia. — Non è a priori da pensarsi ad una guarigione dell' idiozia, poichè per regola si tratta di malattie cerebrali inveterate, sulle quali la terapia interviene assai tardi. Soltanto in casi rari, in cui la malattia accenna alla lue costituzionale, è l'espressione di un esaurimento funzionale, e viene riconosciuta nei suoi primordi per disturbi cerebrali palpabili, può esser fatta parola di un tentativo di cura. Possono mettersi in opera i mezzi igienici e medicamentosi.

I tentativi di migliorare l' idiozia idrocefalica coi composti iodici non approdarono a nessun risultato.

Ben s' intende che nel trattamento dei fanciulli debbono accuratamente studiarsi tutti i momenti etiologici più importanti, nell' interesse della profilassi. Dal lato profilattico le maggiori speranze di riuscita le fornisce il cretinismo endemico. Oltre all' allontanamento dal luogo dell' endemia, la quale d'altronde non preserva che la progenie dal male, ma che si può praticare soltanto di rado, si tratta più specialmente di porre un argine alle cause della degenerazione etnica col migliorare le condizioni telluriche, atmosferiche, igieniche. Infatti ebbero un successo considerevole a questo riguardo il miglioramento delle condizioni popolari, la maggior pulizia, il disseccamento delle paludi, l'applicazione metodica (1).

(1) Qui debbono ricordarsi gli esperimenti di Tourdes in Strasburgo, il quale dopo migliorata la canalizzazione del Reno e prosciugate le località, vide il numero prima grande dei cretini ridotto al minimum.

Relativamente ai casi constatati di idiozia, bisognerà per regola indirizzare i deboli elementi della vita psichica ad una esistenza mediocre psichica e sociale, e così procacciare un gran bene alla società, alla famiglia e all'individuo.

Questo difficile còmpito spetta agli stabilimenti per idioti, i quali corrispondono a questa necessità pubblica in modo lodevolissimo.

INDICE DEL SECONDO VOLUME

FINE DEL SECONDO ED ULTIMO VOLUME.